

## なすびんネット同意書

(情報公開施設名)

市立貝塚病院 りんくう総合医療センター 阪南市民病院 院長 殿

書式B

私は、「なすびんネット」に関する説明および説明書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が下記の医療機関で共有されることに同意します。

患者さま 記入欄			
記載日	年	月	日
氏名 (自署)	(旧姓: )		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日
他施設での 同意書作成歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> わからない		
代理人※ (自署)	氏名		続柄
	住所	連絡先	

※代理人を立てる場合のみ、ご記入ください。

医療機関 記入欄			
説明者	担当医師名	印	
	医療機関名		
	連絡先	TEL :	FAX :
施設名	閲覧施設名	※患者IDの前ゼロは省略せずにご記入ください。 [ ID : ]	
	公開施設名	<input type="checkbox"/> 市立貝塚病院	[ ID : ]
		<input type="checkbox"/> りんくう総合医療センター	[ ID : ]
<input type="checkbox"/> 阪南市民病院		[ ID : ]	
患者情報	フリガナ		性 <input type="checkbox"/> 男性
	氏名		別 <input type="checkbox"/> 女性
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	住所	〒	
電話番号			携帯電話

◎同意書(原本): 同意書を取得した施設で保管してください。

◎同意書(コピー): 患者さまにお渡しください。

①市立貝塚病院	②りんくう総合医療センター	③阪南市民病院
担当者名:	担当者名:	担当者名:
設定完了: 20 年 月 日	設定完了: 20 年 月 日	設定完了: 20 年 月 日

※上記の情報公開施設はそれぞれ患者情報の公開設定完了後、「設定完了」に日付を記入して閲覧施設へご連絡ください。