

なすびんネット同意書

記入例

(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

方式 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	2019 年 5 月 10 日		
氏名 (自署)	泉州 みなみ		(旧姓:)
生年月日	明治・大正 昭和 ・平成・令和 45 年 6 月 7 日		
他施設での 同意書作成歴	<input checked="" 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	なすの 太郎 ㊟	
	医療機関名	なすびんクリニック	
	連絡先	TEL: 072-0000-0000	FAX: 072-0000-0000
施設名	閲覧施設名	なすびんクリニック ※患者 ID の前ゼロは省略せずにご記入ください。 [ID : 0007587□□□]	
	公開施設名	<input type="checkbox"/> 市立貝塚病院	[ID :]
		<input checked="" type="checkbox"/> りんくう総合医療センター	[ID : 000/234□□□]
患者情報	フリガナ	せんしゅう みなみ	
	氏名	泉州 みなみ	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 6 月 7 日	
	住所	〒***-0000 大阪府○○○市▲▲▲町1-2-3	
電話番号		072-***-****	携帯電話 090-****-****

◎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。