

大垣市民病院医療連携ネットワークシステム

患者同意書

大垣市民病院長 様

私は下記の主治医から、医療連携ネットワークシステムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記の医療機関において、大垣市民病院医療連携ネットワークシステムに参加し、大垣市民病院で保存する私の診療情報が下記の医療機関に提供され、私の受ける診療に活用されることに同意します。

<患者記載欄>

年	月	日
フリガナ 患者氏名： _____ (自署) 男・女		
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日		
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)		

<主治医記載欄>

説明した主治医氏名： _____ (自署)	
情報提供を受ける	
かかりつけ医療機関名： _____	
所在地： 〒 _____	
電 話： (_____) _____ - _____	FAX： (_____) _____ - _____

*本書原本は大垣市民病院よろず相談・地域連携課へご提出ください。控えが必要な場合は、本書のコピーを所属の医療機関に保管してください。

(大垣市民病院取扱欄)

<同意>

受 理 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

よろず相談・地域連携課

処理日

*本書原本はよろず相談・地域連携課にて保管

年 月 日

個人情報外部提供申請書

大垣市長 様

(申請患者) 住 所
氏 名
連絡先

大垣市個人情報保護条例施行規則第6条第1項の規定により、次のとおり保有個人情報の外部提供を受けたいので申請します。

保有個人情報の 名 称	大垣市民病院で保存する診療情報
保有個人情報の 媒 体	インターネット回線を利用した電子媒体
保有個人情報の 内 容	『大垣市民病院医療連携システム利用規定』第9条に規定する全ての情報
利 用 目 的	大垣市民病院で保存する質の高い診療情報を、迅速かつ正確に診療所における治療に活かすため。
利 用 方 法	私の診療情報をかかりつけ医が閲覧することに私が同意し、同意を得たかかりつけ医が診療所の端末にて閲覧利用する。
管 理 方 法	同意を得たかかりつけ医以外の者が覗き見しないよう管理し、診療情報の流出を防止する。 端末内への保存あるいは紙媒体への出力による保管することを禁止する。
利 用 年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで