

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

様式第6号（第15条・第17条関係）

年 月 日

個人情報外部提供申請書

大垣市長 様

(申請者) 住 所
医療機関名
医師氏名

個人情報の保護に関する法律第27条第1項の規定により本人同意を得たため、次のとおり個人情報の外部提供の申請をします。

同意患者	住 所 氏 名 連絡先
個人情報の名称	大垣市民病院で保存する診療情報
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
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	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	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