

## 小樽後志地域医療連携システム参加同意書

様

私は、下記の説明担当者から小樽後志地域医療連携システムに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

### 【患者様記載欄（自署）】

令和 年 月 日

患者氏名：ふりがな 男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

（代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 ）

### 【紹介元記載欄】

（この同意書を記入する際に撤回届けにもご記入ください）

- ・説明担当者（自署）：
- ・紹介元医療機関 ： FAX番号：  
（患者ID番号： ）
- ・連携病院名  
小樽市立病院  
（患者ID番号： ）

（確実な患者本人の確認のために、各医療機関ごとの「患者ID番号」を記載してください）

原本は、説明し同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同意書送信票」とともにFAX送信してください。

# 小樽後志地域医療連携システム参加同意撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡しください)

\_\_\_\_\_様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療機関において小樽後志地域医療システムに参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

【紹介元記載欄】 (同意書取得時に記載してください)

説明担当者(自署):

医療機関名 :

【患者様記載欄】 (同意を撤回する際に記載してください)

令和 年 月 日

ふりがな  
患者氏名: \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

(代理人の場合: 代理人氏名 続柄 )

## 小樽後志地域医療連携システム参加同意書（記載例）

〇 〇 医院 様

私は、下記の説明担当者から小樽後志地域医療連携システムに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

### 【患者様記載欄（自署）】

令和 元 年 5 月 1 日

ふりがな：<sup>おたる</sup>小樽<sup>たろう</sup>太郎 男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 10 年 5 月 5 日

（代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 ）

### 【紹介元記載欄】

（この同意書を記入する際に撤回届けにもご記入ください）

- ・説明担当者（自署）： 〇 〇 次郎
- ・紹介元医療機関： 〇 〇 医院 FAX番号： 0134-77-7777  
（患者ID番： 123456 ）
- ・連携希望病院名： 小樽市立病院  
（患者ID番号： ）

（確実な患者本人の確認のために、各医療機関ごとの「患者ID番号」を記載してください）

原本は、説明し同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同意書送信票」とともにFAX送信してください。

令和      年      月      日

患者情報および医療連携システム同意書送信票

□小樽市立病院   患者支援センター   行

電話      〇 1 3 4 - 2 5 - 1 2 1 1

FAX    〇 1 3 4 - 2 5 - 1 6 0 0

このたび、別紙のとおりシステムへの同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

|      |                                |     |  |     |
|------|--------------------------------|-----|--|-----|
| ふりがな |                                |     |  | 男・女 |
| 患者氏名 |                                |     |  |     |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令      年      月      日 |     |  |     |
| 患者住所 | 電話(      )      —              |     |  |     |
| 診療科  |                                | 主治医 |  |     |
| 主病名  |                                |     |  |     |