

## おたるしりべし Link（小樽後志地域医療連携システム）同意取得連絡票

この度、おたるしりべし Link を用いて施設間における診療情報を共有・閲覧（参照施設については閲覧のみ）することについて、患者より以下の方法にて同意を得ましたので報告いたします。

|       |                   |             |           |
|-------|-------------------|-------------|-----------|
| 同意取得日 | 令和 年 月 日          | 性別          | 生 年 月 日   |
| フリガナ  |                   | 男<br>・<br>女 | 明・大・昭・平・令 |
| 患者氏名  |                   |             | 年 月 日( 歳) |
|       | (旧姓) ※過去の受診歴確認のため | TEL         | ( )       |
| 住 所   | 〒 -               |             | 備 考       |
|       |                   |             |           |
| 代理人   | 氏名<br>続柄 ( )      |             |           |

《 患者さん（又は家族）への説明後、以下に☑をお願いします 》

- ☐ 診療情報閲覧については、対象患者(又は家族)から口頭同意をいただき、その旨をカルテ上に記載しました。

施 設 名 : \_\_\_\_\_

受付担当者 : 部署 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

参照施設 ID（貴院） : \_\_\_\_\_

公開施設 ID（小樽市立病院記載） : \_\_\_\_\_

※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。

ご記入の上、参照施設は公開施設（小樽市立病院）に FAX 送信してください。

| 接続月日 | 受 付 | 処 理 | 確 認 |
|------|-----|-----|-----|
| ／    |     |     |     |

< 送 信 先 >

小樽市立病院 患者支援センター

TEL：0 1 3 4－2 5－1 6 0 5

FAX：0 1 3 4－2 5－1 6 0 0