**情報提供施設取得用**

（Ver.4）

**様式Ｂ-２**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| とちまるネット同意書  **情報共有施設**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **同意書取得施設** |  | **連携先施設** | |  |  |  | | | |
| **患者さん　記入欄**  　私は、「とちまるネット」に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、  上記の２つの施設の間で、私の全ての診療科の診療情報が共有されることに同意します。  　また、「とちまるネット」による情報提供は、同運営委員会の判断で停止されることに同意します。   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **記　載　日** | **年　　　　月　　　　日** | | | | **氏　　　名**  **(自署)** | （旧姓：　　　　　　　　　　　　） | | | | **代理人氏名**  **(自署)** | ※代理人による記入の場合のみ代理人氏名をご記入ください。 | **続柄** |  | | | |
| **同意取得施設　記入欄**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **患者情報** | **フリガナ** |  | | | | | | **性**  **別** | **□ 男性**  **□ 女性** | | **氏　　　名** |  | | | | | | | **生年月日** | **明治・大正・昭和・平成** | **年　　　月　　　日** | | | | | | | | **住　　　所** |  | | **電話番号** | | |  | | | | **患者ＩＤ** | ※貴施設の患者ＩＤをご記載ください。 | | | | | | | | | **施設情報** | **担当医師名** |  | | | | | | | | | **医療機関名** |  | | | | | | | | | **同意書取得者** | **担当医師以外が取得した場合記入** | | | | **（職種　　　　　　　）** | | | | | **住　　　所** | **〒** | | | |  | | | | | **連　絡　先** | **TEL：** | | | **FAX：** | | | | | | | |
|  | **同意書取得情報提供施設** | **連携先施設** |
| 施 設 名 |  |  |
| システム | HumanBridge　・　ID-Link | 閲覧のみ ・ HumanBridge ・ ID-Link |
| 担 当 者 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 患者ＩＤ |  |  |
| 設定完了 | 月　　　　日 | 月　　　　日 |