

# メディネットたんちょう 同意取得連絡票

御中

この度、ID-Link を用いて施設間における診療情報を共有・閲覧することについて（参照施設については閲覧することについて）、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	年 月 日		生 年 月 日
フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平・令  年 月 日( 歳)
患者氏名		TEL  ( )	
	(旧姓) ※過去の受診歴確認のため		
住所	〒 -		備 考
代理人	氏名  続柄 ( )		

自施設 ID	貴院 ID

※公開施設は送信先で接続。参照施設は自施設 ID を記載（作成）のうえ送信し公開病院で接続。

《いずれかに》

診療情報閲覧について、対象患者(もしくは家族)から口頭同意を得て、そのことをカルテ上に記載しました。

診療情報閲覧について、対象患者(もしくは家族)から同意書にて同意をいただきました。

その他の方法にて同意をいただきました。( )

接続月日
/

設定者

送 信 元

T E L                    -        -

F A X                    -        -

貴施設名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_