**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 |  |
| (旧姓)　※過去の受診歴確認のため | TEL  (　　　　) | | |
| 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 |
|  |

　　　　　　　　　　　　　送信元

　　　　　　　　　　　　　T　E　L　　　　　　－　　　－

設定者　　　　　　　　　　F　A　X　　　　　　－　　　－

　　　　　　　　　　　　　貴施設名