

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 | 明・大・昭・平・令 |
| 患者氏名 | | 女 | 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 | 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