

(様式 A7)

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」への同意書

東京臨海病院 病院長 殿

私は、臨海ネットに関する説明、並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、臨海ネットを通じて私の東京臨海病院における診療情報が、下記医師(利用医)に閲覧されることに同意します。

同意取得日 西暦 年 月 日

患者さん記入欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		<input type="checkbox"/> 男性	歳	(大正・昭和・平成・令和)
		<input type="checkbox"/> 女性		年 月 日
代理人による記載	代理人氏名:		続柄	
東京臨海病院 診察券番号		※分かる方をご記入ください		

※患者さん本人(15歳以上の意思能力がある者)の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意が困難な場合に限り、代理権を有する親族等の代理人による代理取得も可能です。代理人が署名した場合には代理人氏名と続柄を必ずご記入ください。

医療機関記入欄			
医療機関名			
利用医師名			
TEL		FAX	
説明担当者	<input type="checkbox"/> 利用医師に同じ (部署) (氏名)		
※東京臨海病院にて同意書を取得する場合の同意確認者 <input type="checkbox"/> 説明担当者と同じ 同意確認者氏名:			

※総合病院などの診療科が複数ある医療機関では利用医申請している全ての医師が閲覧可能となります。
同意書の運用方法については、利用マニュアルを確認してください。
同意取得の際に同意撤回届とあわせて記入し、同意書はコピーを同意撤回届は原本を患者さんへお渡し下さい。

(東京臨海病院記載欄)

設定完了日 年 月 日

設定担当者名

㊞

病院長	医療連携室長	診療総部長	主担当診療部長

【事務局】 〒134-0086

東京都江戸川区臨海町 1-4-2

東京臨海病院 医療連携室

(電話)03-5605-8811(代表) (FAX)03-5605-7182(直通)