

キビタン健康ネット 診療情報共有同意書

一般社団法人 福島県医療福祉情報ネットワーク協議会理事長 様

私は、下記の説明担当者からキビタン健康ネットに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解し、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

<< 患者さん記載欄 >>

ふりがな : _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 : _____ 性別 : 男・女

郵便番号 : 〒 _____

住所 : _____

電話 : (_____) _____ - _____

生年月日 : 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※代理人記載の場合 : 代理人氏名 _____ 続柄 _____

代理人 : 3 親等以内の親族、配偶者、または成年後見人 * 同意を撤回したい場合は、お申し出ください。

<< 同意取得施設記載欄 >>

同意取得施設名 : _____

電話 : (_____) _____ - _____ FAX : (_____) _____ - _____

説明担当者 : _____ 所属部署 : _____

同意取得施設の患者 I D : _____ (貴施設の患者 I D を記載してください)

キビタン健康パスポート番号 070701- 0 0 0 0 _____

右づめで記載してください。

◆連携希望施設 (連携を希望する施設に (☒) チェックしてください)

[敬称略・順不同]

【県北地区】

- ☐ あづま脳神経外科病院*1
☐ 大原綜合病院
☐ 大原医療センター
☐ 済生会福島綜合病院
☐ 福島赤十字病院
☐ 福島第一病院
☐ 南東北福島病院[福島市]
☐ わたり病院
☐ 北福島医療センター*2
☐ 公立藤田綜合病院
☐ 柊記念病院
☐ 福島南(循環器科)病院
☐ 二本松病院
☐ 県立医科大学附属病院

【県中地区】

- ☐ 星綜合病院
☐ 三春町立三春病院
☐ 寿泉堂綜合病院
☐ 総合南東北病院[郡山市]*3
☐ 坪井病院
☐ 公立岩瀬病院
☐ 太田西ノ内病院
☐ 太田熱海病院
☐ たむら市民病院

【県南地区】

- ☐ 会田病院
☐ 白河病院
☐ 白河厚生綜合病院
☐ 塙厚生病院

【会津・南会津地区】

- ☐ 竹田綜合病院*4
☐ 会津医療センター
☐ 会津中央病院
☐ 県立南会津病院

【相双地区】

- ☐ 南相馬市立綜合病院
☐ 公立相馬綜合病院
☐ 渡辺病院
☐ ふたば医療センター附属病院*5

【いわき地区】

- ☐ 松村綜合病院
☐ 常磐病院
☐ いわき市医療センター

※受診歴がある施設または紹介先のみチェックしてください。

*1 附属ほばらクリニックを含む *2 保原中央クリニックを含む *3 南東北第二病院・南東北医療クリニック・南東北眼科クリニック・南東北がん陽子線治療センターを含む。

*4 山鹿クリニックを含む。*5 ふたば復興診療所を含む。

【重要】

- ・コピーを一部患者さんへお渡しください。
- ・この同意書は協議会事務局へFAXしてください。 FAX : 050-3730-0128 電話 : 024-525-8818
- ・原本は、協議会事務局が保管しますので、月初めに前月分をまとめて郵送してください。