

同意書

山形市立病院済生館
山形市病院事業管理者

私は、病診連携診療支援システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、済生館における私の診療情報（診療に関する患者情報、検体検査結果、画像検査所見、手術記事、医師診療録、退院時要約、診療予約、画像検査予約、看護記録、検温値、病理検査結果、カテーテル記事、薬剤師記録、栄養指導記録、リハビリテーション記録、看護要約、外来要約、移動情報、輸血歴、細菌検査結果、文書管理歴）を下記紹介元医療機関において活用されることに同意します。

〈患者様記載欄〉

令和	年	月	日
(ふりがな)			
患者様の氏名：			
男		・	女
(自書または代理人署名)			
大正・昭和			
生年月日：	平成・令和	年	月
日			
(代理人記載の場合 代理人氏名：		続柄	：

＜紹介元記載欄＞

紹介医療機関名 : _____

主治医氏名 : _____

※ 患者様より同意を得た医療機関は、こちらの同意書を済生館へFAXで送信いただき、原本を保管、コピーを患者様へお渡しください。

(以下、済生館で記載)

・システム登録日(令和 年 月 日) ・カルテ番号

--	--	--	--	--	--	--	--