

(様式6)

西予市地域医療情報連携ネットワークシステム(せい坊ネット)利用に係る同意書

西予市民病院長 殿
野村診療所長 殿

私は、西予市地域医療情報連携ネットワークシステム(せい坊ネット)について、説明および説明文書の交付を受け、その目的、利用方法について理解しました。このシステムを通じて、西予市民病院及び野村診療所における診療情報が、下記の医師(利用医)に閲覧されることに同意します。

同 意 者 (患 者) 記 入 欄	
同意日	年 月 日
同意者(患者)氏名	ふりがな (男 ・ 女)
生年月日	(明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和) 年 月 日 (歳)
住所	
代理人氏名(*1)	(続柄:)
診察券番号(分かる場合)	西予市民病院 : 野村診療所 :

医 療 機 関 記 入 欄	
医療機関名(*2)	
利用医氏名	
連絡先	TEL: FAX:
説明者	☐ 利用医師 部署: 氏名:

*1:同意者(患者)本人(18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、親族または親族に準ずる代理人による同意も可能です。その場合は代理人の氏名と続柄を必ずご記入ください。

*2:複数の診療科が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。

*3:この同意書をもって西予市民病院及び野村診療所へ情報開示の同意をいただいたものといたします。

(西予市立病院記載欄)

設定完了日	年 月 日
設定担当者	

【送付先】
・西予市民病院 地域連携室
〒797-0029 西予市宇和町永長 147 番地 1
TEL:0894-62-1121 (代表)
FAX:0894-62-5576 (地域連携室)