

きのくに医療連携システム「青洲リンク」参加同意書

きのくに医療連携システム「青洲リンク」運用管理者 様

私は、下記の説明担当者からきのくに医療連携システム「青洲リンク」に関する説明および説明文書の交付を受け、その目的利用方法を理解しましたので、下記の内容について同意します。

- 私の診療情報が「青洲リンク」に参加する以下の医療機関等の中で共同診療に活用されること。
- 共同診療に活用されることを同意した医療機関が保有する情報には、青洲リンク非参加医療機関から提供されたものも含むこと。
- PHR 機能※を利用する場合、青洲リンク協議会が「青洲リンク」において保有している医療情報（住所・生年月日・電話番号等の患者基本情報を含む）を、PHR 運営元である PSP 株式会社に提供すること。
- 同意書の記入が二回目以降の場合、既に同意している医療機関等に加えて、以下の医療機関等の中での共同診療を追加すること。

※PHR（Personal Health Record）は、個々人が自身の医療や健康に関する情報を記録し、自身の手元で管理するサービスです。

患者記入欄		年	月	日
患者氏名（自署）				
親権者／法定代理人／代理人 ※代理人は3親等以内のご家族に限ります	氏名 （自署）	続柄		
青洲リンク PHR 機能の利用 ※いずれかを○で囲んでください	希望する	/	希望しない	

※医療機関でパソコン入力可

患者情報	(ふりがな) 患者氏名				性別	男	・	女
	生年月日	明治 / 大正 / 昭和 / 平成 / 令和	年	月	日			
	住所	〒	—					
	電話番号	—	—					
開示を同意する 機関名								
※同意書を取得した機関の名前を必ず書いて下さい。								

医療機関名	説明担当者氏名	部署
患者カルテID番号	今回の同意書取得について ※どちらかに○ 初回 / 追加	FAX 番号

個人情報、きのくに医療連携システム「青洲リンク」の利用目的にのみ利用し、それ以外の目的のために利用又は第三者に提供することはありません。

送付先 : 青洲リンク事務局 TEL/FAX: 073-441-0858

事務局記入

地域患者ID	事務局登録者	登録日
--------	--------	-----

同意取得医療機関ではコピー1部を控えとして患者に渡し、原本を毎月10日前後に青洲リンク事務局に郵送することとする。