

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」運営管理者 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、その目的利用方法等を理解しましたので、私の診療情報がきのくに医療連携システム「青洲リンク」に参加する以下の医療機関等の間で共同診療に活用されることに同意します。

なお、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にも併せて同意します。

また、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間での共同診療を追加することに同意します。

2021年 7月 8日

患者氏名（自署） 青洲 太郎

親権者／法定代理人／代理人 氏名 続柄
※代理人は3親等以内のご家族に限ります (自署)

※医療機関でパソコン入力可

患者情報	(ふりがな) 患者氏名	せいしゅう たろう 青洲 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	生年月日	明治 / 大正 / <input checked="" type="radio"/> 昭和 / 平成 / 令和	●●年 ●●月 ●●日
	住所	〒 ●●●-●●●● 和歌山県和歌山市・・・	
	電話番号	●●● - ●●● - ●●●●	
開示を同意する 機関名 <small>※同意書を取得した機関の名前を必ず書いて下さい。</small>	A 薬局	B クリニック	
	C 病院	D クリニック	

医療機関名 A 薬局	説明担当者氏名 ●●	部署
FAX 番号		
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○ <input checked="" type="radio"/> 初回 / 追加	

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

青洲リンク事務局記入欄

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

紐づけ・開示作業終了後、地域患者IDを記入し、同意書をFAX返信します。

原本は、きのくに医療連携システム「青洲リンク」運営管理者が保管し、コピー1部を同意取得医療機関で保管し、コピー1部を控えとして患者に渡すこととする。

令和3年7月8日 改訂