

赤べこNet 医療情報共有同意書

会津薬業連携協議会 会長 様

私は、下記の説明担当者から赤べこNet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、私の医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 : _____ 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。

◀◀ 同意書取得施設記載欄 ▶▶

同意書取得施設名 : _____

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 を記入してください) 赤べこNet I D : _____

◆連携希望施設 (連携を希望する項目に (☑) チェックしてください。)

 保険薬局 その他 (_____)

- ・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 : 0242-29-8500 電話 : 0242-29-8335
 - ・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。
- 〒965-8585 福島県会津若松市山鹿町3-27 会津薬業連携協議会 宛