

県立広島病院のカルテ参照に関する同意書

県立広島病院長 様

私は下記医療機関から、県立広島病院地域医療連携ネットワークシステム（KBネット）に関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記医療機関において私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意します。

説明確認欄

- 1 システムのメリット
- 2 個人情報の安全確保
- 3 同意書の提出
- 4 同意の撤回

<患者さま記載欄>

同意した日 令和 4年 8月 19日

患者さまの住所 広島市南区宇品神田1-5-54

(ふりがな) ひろびょう たろう

患者さまの氏名 広病太郎 男・女 (自署)

生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 20年 1月 1日

同意者 本人・代理者 (どちらか○で囲んでください。)

代理者氏名 続柄

県立広島病院の受診歴 なし・あり →ありの場合ID番号 9876543210

県立広島病院でのHMネットカードの発行希望

※有の場合はKBネット事務局から患者さま(または代理者さま)へお電話をいたしますのでお電話番号の記載をお願いします

有・無 (有の場合) ☎(×××)×××-××××

HMネットカード発行歴

有・無

県立広島病院でのHMネットカードの発行希望が「有」の場合に記入してください。

<紹介元医療機関記載欄> (この同意書を請

医療機関名 広島診療所 (記載者氏名: 診療太郎)

閲覧対象者(閲覧可能な医師の範囲)

病院すべての医師 特定診療科(診療科名)の医師

特定の医師(医師名)

【特定の医師を選択した場合は次の項目についてもご判断ください】

異動等による医師の変更があった場合は、後任の医師の閲覧に同意する。

（切り取り線）

県立広島病院のカルテ参照に関する同意撤回書

(同意書取得時に必要箇所に記載し、切り離して患者さまへお渡しく下さい)

県立広島病院長 様

今般、私は下記医療機関に対して県立広島病院のカルテ参照を許可することに同意しておりましたが都合により、同意を撤回させていただきます。

<患者さま記載欄> (同意を撤回する際に記載してください)

同意を撤回した日 令和 年 月 日

同意撤回者 本人・代諾者(どちらか○で囲んで下さい。)

患者さまの住所

患者さまの氏名 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

(代理者が署名する場合・氏名 続柄)

<紹介元医療機関記載欄> (同意書取得時にあらかじめ記載してください)

医療機関名 広島診療所 (記載者氏名 診療太郎)

県立広島病院のカルテ参照に関する設定無効化通知書

様

既設定開示先病院名:

上記、連携病院、診療所に対する県立広島病院のカルテ参照に関する同意撤回申し入れに基づき、年 月 日に設定を無効にしましたのでご連絡させていただきます。

令和 年 月 日

県立広島病院
病院長

送付先・お問い合わせ先 〒734-8530 広島市南区宇品神田一丁目5番54号
県立広島病院 患者総合支援センター 地域連携室
TEL 082-252-8341 FAX 082-252-6240