

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 年 月 日

患者さまの住所
(ふりがな)

患者さまの氏名 男 ・ 女 (自署)

生 年 月 日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

同 意 者 本人・代理人 (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

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 (または代理人さま) 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

<紹介元医療機関記載欄> (この同意書を記入する際に撤回届にも必要事項をご記入ください)

医療機関名 (記載者氏名:)

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 (記載者氏名)

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 FAX082-252-6240
--