〔様式２号〕

**いつつばしネット説明同意書**

この同意書は、あなたが紹介先の病院で受けた検査結果や治療内容などの診療経過を、かかりつけ主治医である私がネットワークを通じて当院診察室のパソコン端末で見る（参照する）ことに同意をいただくためのものです。紹介先病院での診療経過や検査結果をかかりつけ主治医が、早く正確に知ることは、あなたの退院後の治療や経過観察に大変有用です。

※尚、治療や検査の内容は、私以外が見ることはありません。また同意はいつでも別紙で撤回できます。

　紹介先病院（連携医療機関）　（該当する□に✔を入れてください）

　　　　□岩国市医療センター医師会病院

　　　　□国立病院機構岩国医療センター（旧国病）

●私の診療情報を参照することに

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 同意します　□ 同意しません

●私の検査結果（画像、血液生化学検査）を私が同意した者への病状説明に利用することに

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 同意します　□ 同意しません

（□配偶者 □子 □親 □兄弟姉妹 □その他具体的に： ）

●今回の紹介先からさらに他の病院（共同診療連携先）に転院になった場合も同じように

検査結果や治療の内容を見ることに

　　□ 同意します　□ 同意しません

●通常６ヶ月間の参照可能期間を申し出のない限り延長することに

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□ 同意します　□ 同意しません

今日の日付　　　　　年　　　　月　　　　日

名前（本人が署名してください）

ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 性　　別　男　・　女　（○印をしてください）

明治・大正

昭和・平成

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日生

住所

本人が書けない場合は代理人の方の名前　　　　　　　　　　　　　　　続柄

以下は紹介元医療機関で記入し医師名は自署。長期の参照可能期間が必要な場合は□に✔を入れ理由を記入。

□ 12ヶ月（理由： ）（例：長期療養が必要な疾患のため）

〒999-9999 岩国市○○町○-○-○ ○○クリニック

電話：9999-99-9999

FAX：9999-99-9999

医師名（要自署）（　　　　　　　　　 　　　　　　）

紹介患者のID番号（自院のカルテ番号）（　　　　　　　　　　　　　　　）

1. この同意書を紹介先病院の病診連携室にFAXする。（医師会病院0827−21−3411/岩国医療センター0827−35−5896）
2. この同意書の原本は紹介元医療機関で保管し、写しを医療機関名等を記入した同意撤回書とともに患者さんに渡す。