

(石川県外施設用)

注意: 金沢大学附属病院継続診療システムは、いしかわ診療情報共有ネットワークに参加しています。
石川県内の施設の方は、いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会が定める様式を使用願います。

金沢大学附属病院継続診療システム 同意書

金沢大学附属病院長 殿
下記情報閲覧医療機関の院長 殿

私は「金沢大学附属病院継続診療システム」の趣旨・内容を理解しましたので、私の金沢大学附属病院での医療情報が、私が受診する医療機関（下記情報閲覧医療機関）に利用されることに同意いたします。

患者記入欄	同意年月日	平成 年 月 日		
	フリガナ 患者氏名（自署）	男 ・ 女		
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日		
	代理人記入の場合	代理人氏名（自署）	続柄	
	情報閲覧医療機関名			

同意取得機関記入欄	説明医師（自署）		<input type="checkbox"/> 金沢大学附属病院 <input type="checkbox"/> 情報閲覧医療機関
	情報提供医療機関名	金沢大学附属病院	患者番号:
	情報閲覧医療機関名		患者番号:
	<input type="checkbox"/> 情報閲覧医療機関が「金沢大学附属病院継続診療システム」を利用している事を確認。（本院HP→たまひめネット→利用医療機関一覧）		

- ※ 1. 確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者番号を記入してください。
 ※ 2. 患者さんに本紙の写しをお渡しください。
 ※ 3. 本紙は、金沢大学附属病院地域医療連携室へ郵送してください。
 お急ぎの場合は、FAXでも受付いたしますが、必ず本紙は郵送してください。

以下 金沢大学附属病院 記入欄

上記患者さんの開示手続きを完了しましたので、お知らせします。

	地域医療連携室	ブロック受付
整理番号		[]番ブロック受付
担当		⇒ 地域医療連携室へ送付
処理日	平成 年 月 日	してください。

〒920-8641 金沢市宝町13番1号
 金沢大学附属病院 地域医療連携室
 Tel 076-265-2039 FAX 076-234-4307
 受付時間 8時30分～17時
 月～金（休診日を除く。）