

市立札幌病院地域医療情報ネットワークシステム

『すずらんネット』登録同意書

市立札幌病院 院長 殿

私は、市立札幌病院地域医療情報ネットワークシステム「すずらんネット」に関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、「すずらんネット」を通じて私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

【患者記載欄】

年	月	日					
ふりがな							
患者氏名	_____				(自署)		
患者生年月日	大正・昭和・平成・令和	_____	年	_____	月	_____	日
代諾者記入の場合	氏名	_____	(自署)	続柄	_____		

【参加登録機関記載欄】

説明日時	_____	年	_____	月	_____	日	午前/午後	_____	時	_____	分
参加登録機関名	_____	患者ID番号	_____								
説明担当者氏名	_____	職種	_____								

※同意書の作成が終わりましたら、すずらんネット運営事務局へFAX(011-726-9583)、もしくはコピーを郵送してください。

※本同意書の原本は、参加登録機関で保管してください。

【事務局記載欄】 市立札幌病院 患者ID番号_____

(様式7)

市立札幌病院地域医療情報ネットワークシステム
『すずらんネット』診療情報提供 同意撤回届

市立札幌病院 院長 殿

私は、市立札幌病院地域医療情報ネットワークシステム『すずらんネット』を通じて診療情報を提供されることについて、下記のとおり同意を撤回します。

年 月 日

■患者記入欄 (自署)

ふりがな 氏 名	
住 所	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

※自署が困難な場合は、代諾者による記入をお願いいたします。

※代諾者	氏名： 続柄：
------	---------

全てのすずらんネット参加登録機関への診療情報の提供について同意を撤回します。

下記のすずらんネット参加登録機関への診療情報の提供について同意を撤回します。

※チェックをつけてください。

※この枠内に診療情報の提供を取りやめたい参加登録機関を記載してください。

事務局受付

--