　(様式 HN7)

地域連携ネットワークシステム「千里eサークル」への同意書

済生会千里病院　病院長　殿

　　医療機関名

　　住所

　　電話番号/FAX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者　情　報 | | | | |
| フリガナ |  | | 性別 | 生年月日 |
| 氏　名 |  | | □男性  □女性 | (明治・大正・昭和・平成)  　　　年　　月　　日(　　　歳) |
| 済生会千里病院　診察券番号 | | ※分かる方はご記入ください | | |
| 説明担当者 | | 部署：  氏名： | | |

　※総合病院などの診療科が複数ある医療機関では利用医申請している全ての医師が閲覧可能となります。

　　同意書の運用方法については、利用マニュアルを確認してください。

　　同意取得の際に同意撤回届けとあわせて記入し、同意書はコピーを、同意撤回届けは原本を患者さんへお渡しください。

　　私は、千里eサークルに関する説明、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、千里eサークルを通じて私の済生会千里病院における診療記録を、

　　上記医療機関に閲覧されることに同意します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　本人

　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　　　　　　　　　代理人(本人との続柄：　　　　　　　　　)

　　　　　　　　　　　　　　氏名：

　　　　　　　　　　　　　　住所：

　　　※患者さん本人(15歳以上の意思能力がある者)の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意が困難な

　　　　場合に限り、代理権限を有する親族等の代理人による代理取得も可能です。代理人が署名した場合には代理人

　　　　氏名と続柄を必ずご記入ください。

　　　(済生会千里病院記載欄)

**設定解除**

　　　　　設定担当者名　　　　　　　　　　　㊞

日付

／

　　 　　　［事務局］〒565-0862

　　　　　　大阪府吹田市津雲台1丁目1番6号

　　　　　　済生会千里病院　患者支援センター

　　　　　　(電話)06-6871-0121(代表)　(FAX)06-6871-5915