秋田県医療連携ネットワーク運営主体

　　代表　秋田県医師会長　様

山形県内５医療情報ネットワーク協議会長　様

**秋田県・山形県地域医療情報ネットワーク広域連携に関する同意書**

　私は、秋田県・山形県医療情報ネットワーク広域連携に関して、その目的及び利用方法などを理解しましたので、両県の各医療情報ネットワークに登録されている私の診療情報（過去ﾃﾞｰﾀを含む）が以下の指定医療機関で私の受ける診療に活用されることに同意します。

　なお、同意にあたり次の点を確認しています。

　・　この同意は、いつでも撤回し利用停止を申し出ることができること

　・　各医療情報ネットワークのうち、村山地域医療情報ネットワーク及び置賜地域医療情報ネットワークの情報開示病院が開示する診療情報を利用できるのは診療情報の開示日から５年間で、開示期間中に診療情報の利用があった場合は当該利用日から５年間となること

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| フ　リ　ガ　ナ | |  | 性　別 | 男　 ・　 女 |
| **患者氏名（自署）** | |  |
| 生年月日 | | 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所 | | 〒 | 電話  番号 |  |
| 代理人記載の場合  代理人氏名（自署） | |  | 続　柄 |  |
| □あきたハートフルネットに登録済  ※登録していない場合はあきたハートフルネット参加医療機関を受診した際，速やかに登録手続きを行ってください | | | カード番号： | |
| 指定医療機関 | □　　 　　　　 　　　　　　　　 　　　　（患者ID 有・無　　　　　　　　　）  □　　 　　　　 　　　　　　　　 　　　　（患者ID 有・無　　　　　　　　　）  □　　 　　　　 　　　　　　　　 　　　　（患者ID 有・無　　　　　　　　　）  ☑下記の同意取得医療機関 | | | |

**【 患者様記載欄 】**

* **確実な患者本人確認のために、指定医療機関の患者IDを記載してください。**

**【医療機関記載欄 】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意取得  医療機関 |  | (担当医師) |
| (患者ID　 ) |

**※同意書は、上記指定医療機関および秋田県医師会事務局へ写しを送付のうえ、協定書、所属協**

**議会の規程等に沿った保管をお願いします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 電話番号 |  | 送信者氏名 |  |