県央デルタネット協議会

様式5号

県央デルタネット参加同意書（記入例）

県央デルタネット協議会代表者　殿

私は、同意説明書により説明を受け、県央デルタネットに参加同意します。また、私は、同意説明書、本同意書、県央デルタネットカード及び参加を取り止めるための同意撤回書を受け取りました。

【同意された方の記入欄】

|  |
| --- |
| 今日の日付　西暦　　2019年　　　1月　　　1日（ふりがな：　やまぐち　でるた　　　　　　　　　　　　 　　　　　）氏　　名：　山口　でるた　　　　　　　　　　 　　　　　　　男・女（自署）生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　1年　　　1月　　　1日生住　　所：〒　753－0000　　　　　　　　　　　　　山口　市　〇〇町1丁目１－１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人が書けない場合は代理人の方の名前　　　　　　山口　でる子　　　　　　　　　　　続柄：　妻　 |

あなたが今までに診療を受けた病院に✓を入れてください。

□ 綜合病院山口赤十字病院　　　　　　FAX：083-923-0391

□ 山口県済生会山口総合病院　　　　　FAX：083-928-3357

□ ＪＡ山口厚生連小郡第一総合病院　　FAX：083-976-0203

□ 協愛会阿知須共立病院　　　　　　　FAX：0836-65-2072

□ 山口県立総合医療センター　　　　　FAX：0835-22-5745

□ 神徳会三田尻病院　　　　　　　　　FAX：0835-22-1240

□ 防府消化器病センター防府胃腸病院　FAX：0835-25-8754

受付のときに健康保険証・受給者証などと一緒に『県央デルタネットカード』をお出しください。

以下の欄は同意書受付施設記入欄です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| ※受付をした情報公開病院は下欄に受付日と処理日を記入して同意取得施設へFAXしてください。 |
| 情報公開病院の受付日 |
| （西暦）　２０１９年　１２月　１０日 |
| 情報公開病院の処理日 |
| （西暦）　２０１９年　１２月　１1日 |

カードのID番号を記入し、カードを貼り付けたままコピーをしてください。（裏面に説明）



　　　　　　　　　　裏面の「ご署名欄」に患者名を記入してもらってください



同意の受付をした施設の方へ

① 表面のID番号（8桁）を欄に記入し、記入ミスを防止するためにカードを貼り付けたままで1部コピーをしてください。

② 県央デルタネットの裏面「ご署名」欄に署名していただき、同意された方に県央デルタネットカードをお渡しください。

② この同意書(原本)と一緒に「県央デルタネットカード」「同意説明書」「同意撤回書」を同意された方へお渡しください。

③ この同意書のコピーを表面の☑のある情報公開病院の地域連携室へFAXもしくは紹介状と一緒に送付してください。（複数の病院の場合は各々の病院へ）

④ 同意書のコピーは同意を受け付けた施設で保管してください。

⑤ 情報公開病院において受付し、紐づけ等（同意患者の登録・展開）の処理が終われば「受付日」と「処理日」が記入され返信があります。

⑥ 同意書が返信されましたら、情報公開病院で処理された同意者の県央デルタネットカードIDに自施設番号(カルテ番号、診察券番号、管理番号など)を登録していただきます。

⑦ これで一連の登録が終了すれば、同意された方について県央デルタネットでの利用ができます。

2019年8月