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