

様式5号

県央デルタネット参加同意書

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	年	月	日
(ふりがな：)				
氏名：		男・女 (自署)		
生年月日：		明治・大正・昭和・平成・令和	年	月 日生
住所：		〒 - 市		
本人が書けない場合は代理人の方の名前				
				続柄：

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。

- 総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
- J A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』をお出してください。

以下の欄は同意書受付施設記入欄です。

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)

--	--	--	--	--	--	--	--

※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)	年	月	日
情報公開病院の処理日			
(西暦)	年	月	日



裏面の「ご署名欄」に患者名を記入してもらってください

ご署名 (AUTHORIZED SIGNATURE)	
山口市医師会 TEL: 083-922-6972	
防府医師会 TEL: 0835-22-0565	▲ 県央デルタネット (山口市医師会内)
吉南医師会 TEL: 083-972-0634	
このカードを拾得された方は上記のいずれかにご連絡ください	

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