

※ 受付年月日：平成 年 月 日

※ 紐付け年月日：平成 年 月 日

記載例（情報開示病院の場合）

医療機関で日付けを記入し保管してください。

べにばなネット利用における患者同意書

私は、べにばなネットに関して、その目的・利用方法及び下記の条件を理解しましたので、べにばなネットに参加し、私の診療情報が以下の医療機関（説明を受けた医療機関を含む）等で相互に共有され、私の受ける診療に利用されることに同意します。

（条 件）

- 1 診療情報を利用できる期間は、開示から1年間とすること。ただし、開示期間中に利用があった場合は、当該日から1年間とする。
- 2 このサービスを利用して他の医療機関から取得した患者の診療情報（診断に耐え得る DICOM 画像を含む）については、各医療機関等が自らの責任において管理するものであること。
- 3 救急搬送など緊急時に診療上必要となった場合は、患者の同意又は患者の診療を行う医師の判断により利用できる。ただし、患者の同意を得ていない場合は、患者が同意できる状態になった時に同意書を取得するものとする。
- 4 ネットワーク上の診療情報に基づき、個人を特定しない統計情報として活用できるものであること。
- 5 患者本人（未成年者の場合はその保護者）から診療情報の共有について中止の届出があった場合は、速やかに利用が停止されること。なお、中止の届出がない場合は、継続して以下の医療機関で相互に情報共有されること。

※ この申込みを撤回したい場合は、患者同意書を提出された医療機関等に撤回届を提出願います。

【患者様記載欄】

申込年月日 平成 28 年 2 月 23 日

(フリガナ) 患者氏名 (自 署)	ムラヤマ タロウ 村 山 太 郎	性 別	男 ・ 女
生年月日等	明治・大正 昭和・平成 38年6月15日 (満51歳)	電話番号	(023) 627-1245
住 所	(〒990-0031) 山形市十日町一丁目6-6		
本人以外の 場 合	氏名 (自署)	続柄等 (法定代理人 ・)	連絡先 ()
	法定代理人以外の代書理由：本人は () のため署名できないので代書した。		

【情報開示病院】※「説明を受けた医療機関」もチェックしてください。

指 定 医 療 機 関	<input checked="" type="checkbox"/> 山形大学医学部附属病院 (ID:)	<input type="checkbox"/> 東北中央病院 (ID:)
	<input checked="" type="checkbox"/> 山形県立中央病院 (ID:)	<input type="checkbox"/> 山形県立河北病院 (ID:)
	<input type="checkbox"/> 山形市立病院済生館 (ID:)	<input type="checkbox"/> 寒河江市立病院 (ID:)
	<input type="checkbox"/> 天童市民病院 見たい・見せたい医療機関 北村山公立病院 (ID:)	
	<input type="checkbox"/> 山形済生病院 (ID:)	<input type="checkbox"/> 国立病院機構山形病院 (ID:)

【情報開示病院以外の参照病院・参照診療所】※ 参照病院又は参照診療所が説明を行った場合は記入不要。

① **見せたい医療機関** (ID:)

② (ID:)

【説明を行った医療機関記載欄】

救急患者対応機能を使用（使用の場合は必ずチェック）

医療機関名	〇〇〇〇病院	説明者	<input type="checkbox"/> 主治医に同じ 地域連携室 山田 花子
主 治 医	紅花 一郎	患者 I D	*****
電 話 番 号	(023) 630-2320	F A X 送 信 者 氏 名	地域連携室 山田 花子
F A X	(023) 627-1126		

※ 患者様から同意を得た施設は、情報開示病院に F A X 後、原本を保管、コピーを患者様本人等にお渡しください。