

参加同意書の記入について

送付先 FAX 番号 : 096-211-9926

熊本県地域医療情報ネットワーク 参加同意書

施設責任者殿 熊本県医師会会長殿

参加同意書(新規)

私はくまもとメディカルネットワークに参加し、「参加のお願い」を受け取り、説明を受け理解しましたので、私の診療等の情報が下記の利用施設で共有されることに同意します。

(フリガナ) 同意日:平成____年__月__日
 氏名: (自署) _____

生年月日: 年・月・日 _____ 性別: 男・女 _____

住 所: 〒 _____

電話番号: _____ () _____

代理の申請者(患者さんが自署できない場合)
 代理申請者氏名: (自署) _____ 患者さんとの続柄 () _____

情報を共有する利用施設(病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等)の利用施設名、電話番号、診察券番号(患者番号)を記入してください。(診察券番号(患者番号)がわからない場合は、「不明」と記入してください)

利用施設名	電話番号	診察券番号(患者番号) <small>(わからない場合は「不明」と記入してください)</small>
記入例: ○○病院	*** (***)****	記入例: 123456
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	

※参加同意書(新規)は必ず利用施設からサポートセンターに FAX していただくようお願いいたします。またご提出後、通常3営業日以内に情報登録が完了し、参加者カードをご利用いただけるようになります。

(受付者記入欄) 受付日:平成____年__月__日
 受付利用施設名: _____
 受付者氏名: (自署) _____ 診察券番号(患者番号): _____

参加者カード番号 - - -

お問い合わせ先: くまもとメディカルネットワーク サポートセンター
 (受付時間) 午前 9:00~12:00 午後 1:00~5:00 土日、祝日、熊本県医師会の休日を除く
 Email: support@kmm.kumamoto.med.or.jp TEL: 0120-25-3735 FAX: 096-211-9926

お名前を書いています。

情報を共有する利用施設(病院・診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護施設等)の利用施設名、電話番号、診察券番号(患者番号)を記入してください。(診察券番号(患者番号)がわからない場合は、「不明」と記入してください)

利用施設名	電話番号	診察券番号(患者番号) <small>(わからない場合は「不明」と記入してください)</small>
記入例: ○○病院	*** (***)****	記入例: 123456
	()	
	()	
	()	
	()	
	()	

※参加同意書(新規)は必ず利用施設からサポートセンターに FAX していただくようお願いいたします。またご提出後、通常3営業日以内に情報登録が完了し、参加者カードをご利用いただけるようになります。

- ◎ この欄に記入された施設間のみで、患者・利用者情報が共有されます。
- ◎ ただし、急病や事故等で救急搬送された場合など、意思を確認できない場合には、予め記入(同意)していない施設であっても、例外的に情報共有を可能としています。

16桁の番号が同じ

