

記載例（参照医療機関等の場合）

※ 紐付けを行う医療機関で記入保管してください。

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等※（説明を受けた施設を含む）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。

※ 医療機関等とは、病院、医科診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションをいいます。

（条件）

- 1 診療情報を利用できる期間は、開示から5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5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、患者の同意を得た限り、相互に情報共有されること。

※ 枠の中を記入してください

※ 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。

患者様に署名いただく

申込年月日

令和 〇 年 〇 月 〇 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	大正・昭和 平成・令和 49 年 1 月 1 日（満 50 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。）		
指 定 医 療 機 関 等	【 村山地域の情報開示病院 】		
	<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"/> 山形市立病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 天童市民病院 (ID:) <input type="checkbox"/> 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:)		
	【 他地域の情報開示病院 】 <input type="checkbox"/> (ID:)		
	【 情報開示病院以外の参照医療機関等 】 ※ 参照医療機関等が説明を行った場合は記入不要。		
	① (ID:)		
	② (ID:)		

見たい医療機関

説明を行った施設について記入

説明を行った施設の患者 ID を記入

※患者 ID がない場合は任意の番号等で構いません

【説明を行った医療機関等記載欄】

施設名	〇〇〇〇病院	患者	<input type="checkbox"/> 主治医に同じ 地域連携室 山田 花子
主治医	（病院・診療所の場合記入） 紅花 一郎	患者 ID	*****
電話番号	(023) 627 - 1142	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。