

チーム機能同意書

チーム機能用

私は、下記の説明担当者から“ふくいメディカルネット”に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の医療・介護に関する情報が、連携する医療機関・訪問看護ステーション等との間で共有されることに同意します。

〈患者さん記載欄（自署）〉

■平成 年 月 日	※メディカルネット同意書への同意について <input type="checkbox"/> 同意したことがある <input type="checkbox"/> 同意したことがない
フリガナ	
■患者さん氏名： _____ 男・女	
■生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
■住所： _____	
(代理人記載の場合：代理人氏名 _____ 続柄： _____)	

〈チーム代表病院主治医もしくはかかりつけ医記載欄〉

(この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください)

TEL 番号： _____	FAX 番号： _____								
自院患者 ID 番号 : _____									
チーム所属医療機関名：									
連携医療機関名・事業者名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; height: 100px;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> </table>								
※チームの所属する機関が増えていくことも想定されることから、主となる機関のみの記載でも可とします。									

代表者医療機関名 : _____

説明した代表病院主治医もしくはかかりつけ医氏名： _____