

ふくいメディカルネット同意書

- 福井県立病院 福井県済生会病院 福井循環器病院 福井赤十字病院 福井総合病院
- 嶋田病院 福井厚生病院 春江病院 坂井市立三国病院 木村病院（あわら）
- 福井大学医学部附属病院 福井勝山総合病院 越前町国民健康保険織田病院
- 公立丹南病院 木村病院（鯖江） 林病院 市立敦賀病院
- 国立病院機構敦賀医療センター 杉田玄白記念公立小浜病院 若狭高浜病院
- 閲覧機関名（ ）（ ）（ ） 院長・管理者 殿

私は、下記の説明担当者から“ふくいメディカルネット”に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療や日常のケア等に活用されることに同意します。

〈患者さん記載欄（自署）〉

<input type="checkbox"/> 記入日：（西暦） 年 月 日 ・希望する公開開始日：（西暦） 年 月 日 <small>（希望する公開開始日がない場合には公開開始日は記入日となります）</small>	
フリガナ <input type="checkbox"/> 患者さん氏名： _____ 男・女	
<input type="checkbox"/> 生年月日： 西暦／明治・大正・昭和・平成・（ ） 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 住所： _____	
<input type="checkbox"/> 他の医療機関での同意書作成歴： 不明・なし・あり（医療機関名： _____）	
<input type="checkbox"/> 精神科・心療内科の情報については原則開示しません。 開示を希望する場合にはチェックをお願いします。→ <input type="checkbox"/> 希望する その他開示を希望しない診療科について番号にて記載ください。（別紙参照） _____	
（代理人記載の場合：代理人氏名 続柄： _____）	

〈申請医療機関記載欄〉（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： _____	
連携希望病院名	
<input type="checkbox"/> 福井県立病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井県済生会病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井循環器病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井赤十字病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井総合病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 嶋田病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井厚生病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 春江病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 坂井市立三国病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 木村病院（あわら）	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井大学医学部附属病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 福井勝山総合病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 越前町国民健康保険織田病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 公立丹南病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 木村病院（鯖江）	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 林病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 市立敦賀病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 国立病院機構敦賀医療センター	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 杉田玄白記念公立小浜病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 若狭高浜病院	（患者 ID 番号： _____）
<input type="checkbox"/> 閲覧機関名（ ）	（患者 ID 番号： _____）
（ ）	（患者 ID 番号： _____）
（ ）	（患者 ID 番号： _____）

（確実な患者本人の確認のために、医療機関ごとの「患者 ID 番号」を記載してください）

申請医療機関名 _____ ： _____
 説明した主治医氏名： _____

紹介元がある場合のみ記載ください。
 情報共有する医療機関名（紹介元）： _____

原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者さん本人へお渡し、紹介先医療機関等に原則FAXにて送付ください。

(原本→ 医療機関保管、コピー1部→ 患者さん、FAX→希望される紹介先医療機関等へ)

該当する病院にFAXで連絡をお願いいたします。

■福井県立病院 地域医療連携推進室
住所 〒910-8526 福井市四ッ井2-8-1
電話 0776-57-2900 FAX 0776-57-2901

■福井循環器病院 地域医療連携室
住所 〒910-0833 福井市新保2-228
電話 0776-54-5761 FAX 0776-54-5977

■福井総合病院 地域医療連携室
住所 〒910-8561 福井市江上町58-16-1
電話 0776-59-2502 FAX 0776-59-2532

■福井厚生病院 医療連携センター
住所 〒918-8537 福井市下六条町201
電話 0776-41-8048 FAX 0776-41-3405

■坂井市立三国病院 地域医療連携室
住所 〒913-8611 坂井市三国町中央1-2-34
電話 0776-82-5222 FAX 0776-82-7050

■福井大学医学部附属病院 地域医療連携部
住所 〒910-1193 永平寺町松岡下合月23-3
電話 0776-61-8451 FAX 0776-61-8150

■越前町国民健康保険織田病院 地域医療連携室
住所 〒916-0215 越前町織田第106号44-1
電話 0778-36-1022 FAX 0778-36-1001

■木村病院（鯖江） 地域連携室
住所 〒916-0025 鯖江市旭町4-4-9
電話 0778-51-6171 FAX 0778-51-0624

■市立敦賀病院 地域医療連携室
住所 〒914-8502 敦賀市三島町1-6-60
電話 0770-21-1266 FAX 0770-21-1005

■杉田玄白記念公立小浜病院
地域連携室（紹介患者窓口）
住所 〒917-8567 小浜市大手町2-2
電話 0770-52-0990 FAX 0770-52-1152

■福井県済生会病院 地域医療連携室
住所 〒918-8503 福井市和田中町舟橋7-1
電話 0776-28-8521 FAX 0776-28-8525

■福井赤十字病院 地域医療連携課
住所 〒918-8501 福井市月見2-4-1
電話 0776-36-4110 FAX 0776-36-0240

■嶋田病院 地域連携情報サービス室
住所 〒910-0855 福井市西方1-2-11
電話 0776-30-8822 FAX 0776-30-8833

■春江病院 地域連携室
住所 〒919-0476 坂井市春江町針原第65号7
電話 0776-51-1029 FAX 0776-51-0602

■木村病院（あわら） 医事課
住所 〒919-0634 あわら市北金津第57号25番地
電話 0776-73-3323 FAX 0776-73-4750

■福井勝山総合病院 地域支援室
住所 〒911-8558 勝山市長山町2-6-21
電話 0779-88-8262 FAX 0779-88-0371

■公立丹南病院 地域医療連携室
住所 〒916-8515 鯖江市三六町1-2-31
電話 0778-52-8006 FAX 0778-52-8016

■林病院 地域連携室
住所 〒915-8511 越前市府中1-3-5
電話 0778-21-2292 FAX 0778-21-3440

■国立病院機構敦賀医療センター 地域医療連携室
住所 〒914-0195 敦賀市桜ヶ丘町33-1
電話 0770-25-1600 FAX 0770-25-0354

■若狭高浜病院 地域連携室
住所 〒919-2293 高浜町宮崎87-14-2
電話 0770-72-0880 FAX 0770-72-0822