

阪大病院ネット 利用同意書

大阪大学医学部附属病院長 殿

(閲覧施設名) _____ 殿

私は、**阪大病院ネット**に関する説明を受け、その目的などについて理解しました。必要な個人情報が ID-Link サービス (SEC 社) に保管されること、私の大阪大学医学部附属病院における診療情報を下記の施設で閲覧可能とし、診療に利用されることに同意します。

【同意取得者】

医療機関名 大阪大学医学部附属病院 その他: _____

診療科名: _____ 主治医氏名: _____

【同意者】

同意日 _____ : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

ふりがな
ご氏名 _____ : _____ (自筆でお願いします)

生年月日 (年齢) : 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

性別 _____ : 男 ・ 女 _____

阪大病院患者番号 (受診歴の有無) : 有【ID 番号 _____】 無

(代理人*注4 記載の場合)

代理人ご氏名 _____ : _____

患者さんとの関係 _____ : _____

【閲覧施設情報】 (事前に分かる箇所のみ記載)

閲覧施設医療機関名: _____ 部署名・診療科名: _____

担当者・主治医名 _____ : _____ FAX 番号(通知に必要): _____

閲覧施設患者番号 (受診歴の有無) : 有【ID 番号 _____】 無閲覧施設での情報閲覧のみが目的で、患者さんの阪大病院再受診予定がない場合は以下に ください。 阪大病院の再受診予定なし

【患者さんへのお知らせ】

同意撤回時は、阪大病院ホームページから同意撤回書をダウンロードいただき、阪大病院医療情報部までご郵送ください。

【閲覧施設へのお願い】

*注 1 : 氏名は患者さんご本人の直筆でご記入をお願いいたします。但し、自筆困難な場合は代筆で結構です。

*注 2 : 本同意書はコピーしていただき、1 部は患者さんにお渡しください。

*注 3 : 至急登録が必要な場合は、阪大病院患者包括サポートセンターまで電話でご連絡ください。

*注 4 : 法定代理人のことです。