記入例

この同意書を取得できる職種は【 医師・薬剤師・看護師・MSW 】です。

# あじさいネット 同意書

AJISAI NET

情報提供病院

| FAX送付場所 | ● 平日（各病院の受付時間内） ➡ 情報提供病院<br>● 夜間（16:30～9:30）・休日（24時間） ➡ 時間外受付：082-505-4530 |
|---|---|

時間外登録委託業者：㈱NTTデータ中国 TEL：0120-24-9980 ※夜間・休日にFAX送信から1時間以上、作業報告書FAXが届かない場合は左記の電話番号にご連絡をお願いします。

④【対象情報提供病院】 ※ 情報提供を希望する病院に☑をお願いします。（※印は時間外運用を行っていない施設です。）

- ☑ 長崎県上五島病院
- ☐ 長崎県五島中央病院
- ☐ 長崎県壱岐病院
- ☐ 光武内科循環器科病院
- ☐ 長崎県対馬病院
- ☐ 長崎県上対馬病院

院長 殿

私は下記の医療機関から、あじさいネットに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、下記医療機関において長崎地域医療連携ネットワークシステムに参加し、私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意します。

**患者さま署名・記入欄**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | 記入日（西暦）【必須】 | ⑬ 2023 年 8 月 22 日 |
| フリガナ【必須】 | ⑭ アジサイ ハナコ | 性別【必須】 | ⑯ 男 ・ 女 |
| 患者さま氏名【必須】 | （自署）⑮ 紫陽花 花子 | 旧姓 | |
| 生年月日【必須】 | ⑱ 大正 昭和 平成・令和 55 年 7 月 7 日生 | 電話番号【夜間休日は必須】 | ⑰ 095-844-1111 |
| 住所【夜間休日は必須】 | ⑲ 〒852-8532 長崎市茂里町3-27 | | |
| 代理人記入の場合 代理人氏名（※2親等以内の方に限ります） | （自署） 続柄（ ） | ☐ 2親等以内 または 成年後見人である。チェックマークを入れてください。 | |

**医療機関記入欄** ※ この同意書に記入する際に撤回届にもご記入下さい。

●医師等の同意取得責任者と同じ所属医療機関の方のみ、下記にご記入ください。（所属医療機関が違う場合は別途、同意の取得が必要です）

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | ナガサキ ケンタロウ | あじさい会員ID【必須】 | a77777 |
| 医師等の同意取得責任者氏名【必須】 | （自署）⑤ 長崎 県太郎 | 職種（該当に○）【必須】 | 医師 ・ 薬剤師 ・ 看護師 ・ MSW |
| 医療機関名【必須】 | ⑧ にんじん病院 | 診療科【必須】（または所属部署） | 第一内科 |
| 外勤先の場合 | ☑ 外勤先からである。チェックマークを入れてください。 | 外勤先の医療機関名【外勤先の場合は必須】 | キャベツ病院 ※下段の電話番号とFAX番号にはこの医療機関の連絡がとれる番号を記入してください |
| 電話番号【必須】 | ⑨ キャベツ病院の電話番号 | FAX番号【必須】 | ⑩ キャベツ病院のFAX番号 |
| 緊急連絡先【夜間休日は必須】 | ご自身に確実に繋がる連絡先 | 主治医氏名【看護師の場合は必須】 | ※主治医があじさい会員でない場合もご記入下さい ⑳ |
| 当施設での患者ID番号【必須】 | ⑪ 不明 | 情報提供病院での患者ID番号 | ※できる限りご記入ください |

⑫ 同様に利用する職員 ※職種については右記の番号をご記入ください（①医師、②薬剤師、③看護師、④MSW）

| 氏名 | あじさい会員ID | 診療科（または所属部署） | 職種 | 氏名 | あじさい会員ID | 診療科（または所属部署） | 職種 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

備考欄

- 情報提供病院へ依頼の場合は、必要事項を記入し情報提供病院の担当部署（地域連携室等）へFAXして下さい。
- 時間外受付への依頼の場合は、必要事項を記入し上記のFAX番号へ送信してください。
- コピーを2部行い、1部は貴院に保管し、残りの1部を患者さま本人用控えとしてお渡しください。

**原本郵送先** 情報提供病院の担当部署（地域連携室等）※連絡先は最終ページに記載されています

※ ㈱NTTデータ中国 作業記入欄

様式 C-MO-03 Ver.241223

# 外勤先での同意書の書き方

赤線で囲っている箇所に注意してご記入ください。それ以外は通常通りご記入ください。

記入例のモデル

名　前：長崎県太郎
職　業：医師
所属先：にんじん病院

にんじん病院所属の長崎県太郎先生が、キャベツ病院へ外勤している時に光晴会病院の診療情報を閲覧する時に取得するの記入例です。
(にんじん病院、キャベツ病院ともあじさいネット参加施設)

医療機関名【必須】⑧ … ご自身があじさいネットに登録している所属施設名
※あじさい会員IDを取得した施設名(入会申請書に記載した施設)

外勤先の場合 … ☑をいれる

外勤先の医療機関名【外勤先の場合は必須】… 外勤先医療機関名

電話番号【必須】⑨ … 外勤先での連絡がとれる電話番号

FAX 番号【必須】⑩ … 外勤先での FAX を受け取れる FAX 番号

緊急連絡先【夜間休日は必須】… ご自身に確実に繋がる連絡先

当施設での患者 ID 番号【必須】⑪

… ご自身が所属する医療機関（左記の例ではにんじん病院）での患者 ID が分かる場合はご記入ください。
分からない場合は**「不明」**、**「いない」**のいずれかをご記入ください。
※必須項目ですので必ずご記入ください。空欄の場合は対応不可となります。

同意書原本は、対象情報提供病院へ送付。このサンプル場合は、光晴会病院へ送付。

貴院…説明した職員の所属施設。この場合は「にんじん病院」となる。
保管ルールは、病院に準ずる。