

地域医療連携システム「さくらネット」参加包括同意書

私は、さくらネットに関して、下記の説明者からさくらネットに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が「さくらネット」に参加する全医療機関（非開示医療機関を除く）間で共同診療に活用することに同意します。

患者様 記載欄	
同意年月日	平成 年 月 日
ふりがな	_____
患者氏名（自署）	_____ 男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	_____
電話番号	電話番号 : _____
ふりがな	_____
代理人による記入（自署）	_____ 続柄
さくらネット同意書作成歴	なし ・ あり
非開示医療機関（診療情報を開示したくない医療機関がある場合は、ご記入下さい）	
医療機関名	_____

同意書取得医療機関 記入欄	
医療機関名 :	_____
説明担当者氏名 :	_____ 部署
患者ID（同意書取得医療機関の患者IDを記入して下さい）	
ID :	_____

原本は、同意取得施設が保管するものとし、コピーを患者さん本人へお渡しし、さくらネット事務局へFAXして下さい。

【さくらネット事務局】 : いちき串木野市医師会立脳神経外科センター 地域医療支援室

Tel : 0996-32-9999 FAX : 0996-32-0496

Email: ik-support@i-sakuranet.jp