

同意書(ネットワーク参加申請書)

だし丸くんネット 事務局 殿

私は、ネットワークを利用した在宅医療連携システムの説明と説明文書の交付を受け、その目的や意義、利用方法などを理解しました。私の情報を支援者が共有し活用することに同意いたします。なお、情報を共有する支援者の人選は在宅主治医に一任します。

患者記載欄

ふりがな

平成 年 月 日 患者氏名 : _____ (自署)

生年月日 : _____ 年 月 日 性別:男 女

郵便番号 : - 電話番号 : - -

住所 : _____

代理人氏名: _____ 続柄: _____

在宅主治医記載欄 (説明者)

(在宅)診療所名: _____ 主治医: _____

同意撤回届(申請取り下げ書)

だし丸くんネット 事務局 殿

私は、ネットワークを利用した在宅医療連携システムに参加申請をしていましたが、同意を撤回いたします。

患者記載欄

ふりがな

平成 年 月 日 患者氏名 : _____ (自署)

生年月日 : _____ 年 月 日

代理人氏名: _____ 続柄: _____

在宅主治医記載欄

(在宅)診療所名: _____ 主治医: _____

撤回コメント

- 主治医は、だし丸くんネット事務局宛てにFAXをお願いします。(FAX:0569-25-2062)
- 原本は担当医療機関で保管してください。また、患者さんに控えとしてコピー1部をお渡しください。
- 同意書、同意撤回届、チーム登録の送信先:だし丸くんネット事務局(半田市在宅医療・介護サポートセンター)