

(様式4) **記入見本**

患者控え (コピー) / 愛大 HP 担当 (原本 FAX 送付) / 貴院 (原本 保管)

地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) 利用に係る同意書

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院 病院長 殿

私は、地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット) について、説明及び文書の交付を受け、これについての利用目的・方法について理解しました。このシステムを通じて、愛媛大学医学部附属病院における診療情報が、下記の利用者に見られることに同意します。

 **黒い太枠のみ記入する**

同意者 (患者) 記入欄				
同意日	(西暦) 20 年 月 日			
同意者 (患者) 氏名	(フリガナ)			
生年月日	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
※1 代理者記載欄	代理者氏名	該当の場合	続柄	該当の場合
診察券番号 (分かる場合)	愛媛大学医学部附属病院の診察券番号： 可能であれば 10 桁			
施設 (利用者) 記入欄 (この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください。)				
施設名	医療機関を記入 (〇〇病院、〇△クリニック等)			
利用者名	(フリガナ)			
連絡先				
説明者 (利用者とは異なる場合に記載)	説明者名：フルネームを記入			

※1 同意者 (患者) 本人 (18 歳以上の意思能力がある者) の署名を原則としますが、病状等により本人からの同意が困難な場合は、親族又は親族に準ずる代理人による同意取得も可能です。その場合、代理者記載欄へ署名をお願いします。なお、18 歳未満の場合は、代理者記載欄に親権者の署名をお願いします。

・ **総合病院などの診療科が複数ある医療機関では利用者申請している全ての医師が閲覧可能となります。**

—————【これより下は愛媛大学医学部附属病院 地域連携担当部署記載欄です】—————

記入は不要です。

設定日	担当者名
20 年 月 日	

〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454
愛媛大学医学部附属病院
総合診療サポートセンター 地域医療連携ネットワークシステム (HiME ネット)
担当
089-964-5111 (代表) 内線 2362
FAX : 089-960-5995