

「さがみサクラねっと」同意書

私は「さがみサクラねっと」の目的、利便性、個人情報・診療情報の利用について説明を受けました。私の個人情報・診療情報の地域での共有に同意します。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者または代理人署名

ふりがな
(患者名) _____ (生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

(代理人の場合には下記にも署名)

(代理人名) _____ (続柄： _____)

説明者署名 _____ 施設名 (所属) _____

※同意された後にご不明な点があれば遠慮なくスタッフにご質問下さい。

なお、同意された後も、いつでも同意を撤回することができます。

同意を撤回される場合には、撤回書にサインをいただきますので、下記にお問い合わせください。

「さがみサクラねっと」に関する問い合わせ
国立病院機構相模原病院 さがみサクラねっと事務局
相模原病院 来院時⇒受付 1 番お越しく下さい。
お電話による問い合わせ⇒042-742-8311 (代表)

【事務局記載欄】

相模原病院 ID _____

さがみサクラねっと ID _____ (登録日) _____ 年 _____ 月 _____ 日

備考 (初回施設)