

記入例

きのくに医療連携システム「青洲リンク」参加同意書

きのくに医療連携システム「青洲リンク」運用管理者 様

例) 現在 A クリニックと和医大を受診しており、A クリニックで同意書を記入する場合

私は、下記の説明担当者からきのくに医療連携システム「青洲リンク」を受け、その目的利用方法を理解しま令和したので、下記の内容に同意します。

- 私の診療情報が「青洲リンク」に参加する以下の医療機関等の中で共同診療に活用されること。
- 共同診療に活用されることを同意した医療機関が保有する情報には、青洲リンク非参加医療機関から提供されたものも含むこと。
- PHR 機能※を利用する場合、青洲リンク協議会が「青洲リンク」において保有している医療情報（住所・生年月日・電話番号等の患者基本情報を含む）を、PHR 運営元である PSP 株式会社に提供すること。
- 同意書の記入が二回目以降の場合、既に同意している医療機関等に加えて、以下の医療機関等の中での共同診療を追加すること。

※PHR (Personal Health Record) は、個人が自身の医療や健康に関する情報を記録し、自身の手元で管理できるシステムです。
 ※PHR 機能の共有設定解除の申し出があった場合は、青洲リンク事務局ですべての登録を解除します。解除後、PHR 機能は利用できません。

記入日を書いてください

患者記入欄

2024年4月5日

患者氏名 (自署) 青洲 太郎

患者さんが未成年の場合は親権者の署名が必要です

親権者/法定代理人/代理人 氏名 (自署)
※代理人は3親等以内のご家族に限ります

続柄

青洲リンク PHR 機能の利用 希望する / 希望しない
※いずれかを○で囲んでください

NOBORI アプリを利用する場合は必ず○をつけてください

※医療機関でパソコン入力可

患者情報	(ふりがな) 患者氏名	せいしゅう たろう 青洲 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女
	生年月日	明治 / 大正 / 昭和 / <input checked="" type="radio"/> 平成 / 令和	3年 1月 1日	
	住所	〒 ●●●-●●●● 和歌山市紀三井寺××-××		
	電話番号	●●● - ●●● - ●●●●		

開示を同意する機関名 A クリニック 和医大

※同意書を取得した機関の名前を必ず書いて下さい。

青洲リンク参加医療機関一覧から、自分の医療情報を共有してもらいたい医療機関名 (必ず受診歴があること) を記入してください 主な参加病院は裏面に記載しています
>例では、A クリニックと和医大で相互に医療情報を見ることができます

医療機関名	A クリニック	各医療機関で記入してください	部署
患者カルテID番号	A クリニックの患者ID 000001	取得について ※どちらかに○ 初回 / 追加	FAX 番号

個人情報は、きのくに医療連携システム「青洲リンク」の利用目的にのみ利用し、それ以外の目的のために利用又は第三者に提供することはありません。

送付先 : 青洲リンク事務局 TEL/FAX: 073-441-0858

事務局記入

地域患者ID	事務局登録者	登録日
--------	--------	-----