

年 月 日

口頭等による同意取得連絡票（閲覧施設用）

<相手公開施設名>

御中

この度、ID-Link を用いて貴施設における診療情報を閲覧することについて、以下の患者から口頭等により同意を得ましたので、連絡いたします。

同意取得日	年 月 日		
患者ID	(自施設の患者ID)	(相手先施設の患者ID) ※不明な場合は不要	
フリガナ		男・女	生 年 月 日
氏名	(旧姓) ※同一人物特定のため該当者のみ記入		明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
住所	〒 —		
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		
代理人 (同意者が本人以外の場合)	氏名： (続柄：)		

必ず確認の上、どちらかにチェック☑をしてください

↓

- 貴施設の診療情報を閲覧することについて、上記患者（または家族）から口頭により同意を得たことをカルテ（電子カルテ含む）上に記録いたしました。
- 貴施設の診療情報を閲覧することについて、上記患者（または家族）から _____ により同意を得たことを _____ に記録いたしました。

施設名： _____

担当者所属・氏名： _____

電 話： _____

F A X： _____