　　　　年　　月　　日

**口頭等による同意取得連絡票（双方向閲覧用）**

＜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，同じく当施設における診療情報を貴施設が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 |  | 明・大・昭・平・令  　　年　　月　　日　　　歳 |
| （旧姓）※同一人物特定のため該当者のみ記入 |
| 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**

　↓

□貴施設との診療情報の双方向閲覧について，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。

□貴施設との診療情報の双方向閲覧について，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：

ＦＡＸ：