

- ・本書類をハートネットホスピタル事務局に FAX し、原本は利用施設で保管してください。
 - ・コピーを 1 部として患者さん本人へお渡しください。
 - ・手続き処理完了後は、ハートネットホスピタル事務局から FAX で返信します。
 - ・情報共有施設が「ハートネットホスピタル」を利用していることを確認してください。（HP 参照）
 - ・各施設の患者番号を記入してください。記入がない場合は差し戻します。

ハートネットホスピタル患者口頭同意書（在宅医療用）

主治医として「ハートネットホスピタル」の趣旨・内容を患者に説明した上で、情報が下記施設に利用されることの同意を得ました。

患者情報欄	口頭同意日	令和 年 月 日		
	フリガナ 患者氏名			性別 男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住 所	(ー)		
	電話番号			
	説明を受けた者	氏名	続柄	
	以下の条件を全て満たす場合に申請できます。 ☐ 救急搬送時に、下記以外の施設であっても情報参照する場合があることに同意する場合は四角欄にレ点を入れてください。 ☐ 訪問診療に際し、主治医と訪問診療における個人情報の取り扱いに関する事項について同意されている場合には、四角欄にレ点を入れてください。 ☐ 口頭同意を得た日付・内容をカルテに記載した場合は、四角欄にレ点を入れてください。			

※診療する上で情報の共有が不要になる場合など、当会運用規程に従い利用を停止する場合があります。

同意書取得施設記入欄	主治医（自署）			
	同意書取得施設名		患者番号	
	情報共有施設名		患者番号	
			患者番号	
			患者番号	
			患者番号	
備考				

以下 金沢市医師会 記入欄

令和 年 月 日に、上記患者さんの公開手続き処理が完了しましたので、お知らせします。

整理番号	
担当	
処理日	令和 年 月 日

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局
〒920-0912 金沢市大手町3-21
TEL 076-263-6070
FAX 076-223-7079
Email hnh@kma.jp
受付 9時～17時 月～金（祝日除く）