Net4U参加同意書

　私は、下記の説明担当者から「Net4U」に関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、当地域内において私の医療や介護にかかわる情報共有参加施設が、私の診療情報、介護情報を共有することで、実際の医療や介護に利活用することに同意します。

|  |
| --- |
| **【患者ご本人記入欄】**  申込年月日 令和　　　　年　　　　月　　　　日  ふりがな  氏　名　 （自署）　　　　　　　　　　　　　　　男　・　女  生年月日 　T・S・H・R　　 年　 　　月　　 　日 |

|  |
| --- |
| **【代理人記入欄】**  代理人署名 （自署）　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  ※ご本人以外が記入される場合、代理人の方の御署名をお願い致します。 |

|  |
| --- |
| **【同意取得施設記入欄】**  施設名  説明担当者 氏　名  患者ＩＤ 　　　　　　　　　※同意取得施設の患者ＩＤを記入してください。 |

* 原本は医療機関で保管し、コピー1部を患者・ご家族へお渡しください。

Net4U参加同意撤回書

　私は、「Net4U」への参加同意を撤回します。

|  |
| --- |
| **【患者・ご家族記入欄】**  申込年月日 令和　　　　年　　　　月　　　　日  ふりがな    氏　名　 （自署）　　　　　　　　　　　　　　男　・　女  生年月日 　T・S・H・R　　 年　　　月 　　日 |

|  |
| --- |
| **【代理人記入欄】**  代理人署名 （自署）　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  ※ご本人以外が記入される場合、代理人の方の御署名をお願い致します。 |

|  |
| --- |
| **【同意取得施設記入欄】**  施設名  担当者 氏　名  患者ＩＤ 　　　　　　　　※同意取得施設の患者ＩＤを記入してください。 |

* 原本は医療機関で保管し、コピー1部を患者・ご家族へお渡しください。