国立循環器病研究センター
地域連携ネットワークシステム 利用同意書

国立循環器病研究センター病院長 殿

(閲覧施設名) 殿

【同意取得者記載欄】		申込日	年	月	日
医療機関名	☐ 国立循環器病研究センター ☐ その他 ()				
担当医師名 (自署)		診療科			

【利用同意：患者さま記載欄】					
<p>私は、国立循環器病研究センターが運用する地域医療連携ネットワークシステムに関する説明を受け、その内容について理解しました。</p> <p>その上で、私の個人情報が ID-Link に登録されること、私の国立循環器病研究センター病院における診療情報を下記の施設で閲覧可能とし、診療に利用されることに同意します。</p>					
		同意日	年	月	日
(ふりがな)					
患者氏名 (自署)					
生年月日		性別			
住所					
【代理人記載の場合】					
代理人記載者名 (自署)		続柄			
<p>※自筆困難な場合は、代筆で結構です。</p> <p>※医療機関と本人 (家族) との同意があれば、医師の代筆でも可能です。</p>					

【閲覧施設情報】					
閲覧施設医療機関名		FAX 番号			
担当医師名 (自署)		診療科			

国立循環器病研究センター 診察券番号		☐ 受診歴無し
閲覧施設 診察券番号		☐ 受診歴無し

※患者さまが同意を撤回される場合は「同意撤回書」を国立循環器病研究センター専門医療連携室までご提出ください。

【問い合わせ先】
 国立研究開発法人 国立循環器病研究センター 専門医療連携室
 〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町6番1号 TEL：06-6170-1070 (代表)