

もがみネット参加申込書(兼)利用同意書(介護)

私は、もがみネットに関して、その目的・利用方法及び下記の条件を理解しましたので、もがみネットに参加し、私の診療情報が以下の介護施設等で私の受ける診療、介護サービスに活用されることに同意し、申し込みます。
※この申込書(兼)同意書を撤回したい場合は、撤回届出書をもがみネット事務局又は介護施設等に提出願います。

記

1. このサービスを利用して、他の医療機関から取得した患者個人情報の管理は介護施設等が自らの責任において行うものであること。
2. 患者本人(未成年の場合はその保護者)から患者情報提供中止の申し出があった場合は、直ちに利用が停止されること。
3. 患者個人の医療情報は、前項の中止の申し出がない場合には、下記申請機関に継続して情報提供されること。

【患者様記載欄】

申 込 年 月 日	年 月 日		
フリガナ			
患者氏名(自署)		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住 所		電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名(自署)		続 柄	

【参照介護施設等記載欄】

施設名			
施設代表者名	印	担当者名	印
上記施設における 患者番号			

【情報開示病院記載欄】

山形県立新庄病院	患者 ID:
山形県立中央病院	患者 ID:

【FAX 送付先】※情報提供を希望する医療機関に FAX してください。

★県立新庄病院医事経営相談課 TEL:0233-22-5525 FAX:0233-28-7277

★県立中央病院地域医療部 TEL:023-685-2618 FAX:023-685-2606

【原本郵送先】※上記に FAX したうえ、下記へ原本を郵送し、コピーを保存してください。

県立新庄病院医事経営相談課 〒996-8585 山形県新庄市金沢720番地の1

電 話 番 号		FAX 送信者氏名	
---------	--	-----------	--