

## もがみネット参加申込書(兼)利用同意書

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医療機関・施設で私の受ける診療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指定した医療機関・施設に提出願います。

## 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医療機関・施設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。
4. (病院・診療所の場合のみ) べにばなネット・OKI-net 加入の情報開示病院の診療情報を利用できる期間は、開示から5年間とすること。ただし、開示期間中に利用があった場合は、当該日から5年間とする。

## 【医療機関・施設記載欄】

申 込 年 月 日	年 月 日		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
患 者 氏 名			
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
住 所	〒	電話番号	
代理人同意の場合 代理人氏名		続 柄	
参照医療機関 ・ 施設名			
上記医療機関・施設 における患者番号			
(介護施設等のみ) 代表者名	⑩	(介護施設等のみ) 担当者名	⑩

## 【署名欄】

--

※患者もしくは代理人による署名が困難な場合の担当者確認欄

患者もしくは代理人が診療情報の活用に関する説明を受け了承したことを、担当者が確認した。 ☐

患者の同意を得た旨及び担当者名を診療録等に記載した。 ☐

## 【情報開示病院記載欄】

①	山形県立新庄病院	患者ID:
②	山形県立中央病院	患者ID:
③		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。

①の場合: ★**県立新庄病院医事経営相談課** TEL:0233-22-5525 FAX:0233-28-7277

②の場合: ★**県立中央病院地域医療部** TEL:023-685-2618 FAX:023-685-2606

③(①・②以外の医療機関)の場合: **当該医療機関へ直接FAXにてお送りください。**

【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	
---------	--	-----------	--