

記載例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

口頭等による同意取得連絡票（閲覧施設用）

<相手公開施設名>

〇〇病院 御中

この度、ID-Link を用いて貴施設における診療情報を閲覧することについて、以下の患者から口頭等により同意を得ましたので、連絡いたします。

同意取得日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
患者ID	(自施設の患者ID) 1 2 3 4	(相手先施設の患者ID) ※不明な場合は不要	
フリガナ	ドウナン タロウ	男 ・ 女	生 年 月 日
氏名	道南 太郎 <small>(旧姓) ※同一人物特定のため該当者のみ記入</small>		明・大・昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇歳
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号		
電話番号	自宅： - - 携帯： 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
代理人 <small>(同意者が本人以外の場合)</small>	氏名： (続柄：)		

必ず確認の上、どちらかにチェック☑をしてください

↓

- 貴施設の診療情報を閲覧することについて、上記患者（または家族）から口頭により同意を得たことをカルテ（電子カルテ含む）上に記録いたしました。
- 貴施設の診療情報を閲覧することについて、上記患者（または家族）から _____ により同意を得たことを _____ に記録いたしました。

施設名： 〇〇クリニック

担当者所属・氏名： 〇〇 〇〇

電 話： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

F A X： 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇