

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（双方向閲覧用）

<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、
同じく当施設における診療情報を貴施設が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 5 6	(相手先施設の患者ID) ※不明な場合は不要 9 8 7 6 5 4
フリガナ	ドウナン ハナコ	生 年 月 日
氏名	道南 花子	男 女 明・大・昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇歳
	(旧姓) ※同一人物特定のため該当者のみ記入 函館	
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：〇〇〇〇- 〇〇 -〇〇〇〇 携帯： - -	
代理人 (同意者が本人 以外の場合)	氏名：道南 太郎 (続柄： 夫)	

必ず確認の上、どちらかにチェック☑をしてください

↓

貴施設との診療情報の双方向閲覧について、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。

貴施設との診療情報の双方向閲覧について、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： 〇〇病院 _____

担当者所属・氏名： 地域医療連携室 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 _____