

院長(当院)殿 石川県医師会長殿

実証事業の参加同意書

私は、厚生労働省実証事業について、「患者さんの参加にあたっての説明書」を受け取り、以下の内容について説明を受け、十分理解しましたので、事業への参加に同意します。

- 事業の目的・意義
- 個人情報の安全確保
- 事業に参加するにあたっての費用
- 本事業への参加をいつでも取りやめることができ、参加しない(あるいは取りやめた)ことによって、今後の診療に何ら不利益がないこと

同意日：平成____年____月____日

ヨ ミ カ ナ : _____

患者さん氏名 : _____ (自署)

住所 : 〒 _____

電話番号 : _____ メールアドレス: _____

患者さんの生年月日(西暦): _____ 性別: _____

代理の申請者(患者さんが自署できない場合)

氏 名: _____ 患者さんとの続柄 (_____) (自署)

注) 代理の申請者は、以下の者の中から本人の意思及び利益を代弁できると考えられる者を選定することを基本とします。

(1) 本人の法定代理人であって本人の意思及び利益を代弁できると考えられる者

(2) 本人の配偶者、成人の子、父母、成人の兄弟姉妹若しくは孫、祖父母、同居の親族又はそれらの近親者に準ずると考えられる者

(以下、医療機関事務局使用欄)

会員カード番号 - - -

(会員カードをお受け取りの上、ご利用ください。)

医療機関受付日 : 平成____年____月____日

医療機関名: _____

受付者氏名: _____ 印

参加同意書の情報共有先登録 (1/2)

1. あなたが普段通っている(または、過去 1 年以内にかかったことのある)病院・診療所・歯科診療所があれば、診察券番号を記入してください。わからない場合は、「不明」と記入してください。
2. あなたの診療に関する情報(カルテ情報等)は、以下の表に示す参加機関で共有されます。あなたの情報を共有してほしくない参加機関がある場合には、「共有しない」にチェックを入れてください(「共有しない」にチェックを入れた参加機関に対しては、あなたの情報は共有されません)。

■参加機関(病院・診療所)

所在地	参加機関名	診察券番号 (わからない場合は「不明」と記載してください)	共有 しない
輪島市山岸町	市立輪島病院		☐
輪島市水守町	伊藤医院		☐
輪島市釜屋谷町	船木クリニック		☐
輪島市門前町道下	大和医院		☐
輪島市堀町	輪島診療所		☐
輪島市釜屋谷町	桶本眼科		☐
鳳珠郡穴水町字大町	北川内科クリニック		☐
鳳珠郡能登町字松波	升谷医院		☐
珠洲市飯田町	あいずみクリニック		☐
珠洲市正院町	小西医院		☐
七尾市富岡町	恵寿総合病院		☐
七尾市御祓町	北村病院		☐
七尾市千野町	えんやま健康クリニック		☐
七尾市桜町	けいじゅファミリークリニック		☐
七尾市石崎町	さはらファミリークリニック		☐
七尾市神明町	中村ペインクリニック		☐
鹿島郡中能登町末坂	鳥屋診療所		☐
鹿島郡中能登町能登部下	安田医院		☐

参加同意書の情報共有先登録 (2/2)

■参加機関（歯科診療所）

所在地	参加機関名	診察券番号 (わからない場合は「不明」と記載してください)	共有 しない
輪島市河井町	矢間デンタルクリニック		☐
七尾市御祓町	かぶと歯科医院		☐
七尾市桜町	恵寿歯科		☐

■参加機関（薬局）

所在地	参加機関名	共有 しない
鳳珠郡穴水町川島	河合薬局	☐
鳳珠郡穴水町川島	橋本薬局	☐
輪島市門前町道下	日本調剤 門前町薬局	☐
輪島市宅田町	日本調剤 輪島薬局	☐
鹿島郡中能登町能登部下	中島薬局	☐
七尾市千野町	あさひ薬局	☐
七尾市桜町	コトブキ薬局七尾店	☐
七尾市桜町	阪神調剤薬局さくら店	☐
七尾市小島町	みそぎ薬局	☐

.....切り取り線

あなたの ID : 0000-0000-0000-0000

あなたのパスワード : 9geah3#

※この情報はご自身が本事業のサービスを利用する際に使用するものですので、紛失・漏えいにご注意ください。

お問い合わせ先①

のとメディカルネット
サポートセンター（北部）

TEL : 0768-22-5010

（受付時間：平日 9:00 - 17:00）

お問い合わせ先②

のとメディカルネット
サポートセンター（中部）

TEL : 0767-52-2300

（受付時間：平日 9:00 - 17:00）