

サポートセンター 御中

実証事業の参加同意書 (1/2)

私は、“厚生労働省委託実証事業「シームレスな健康情報活用基盤実証事業」”について、「患者さんの参加に当たっての説明文書」と「患者さんの安全な利用の手引き」を受け取り、その各項目について文書を用いた説明を受け、十分理解しましたので、事業への参加に同意します。

同意日：平成____年____月____日

ヨミカナ：_____電話：_____

患者さん氏名：_____メールアドレス：_____

患者さんの生年月日：_____性別：_____

住所：〒_____

代理の同意者

(患者さんが未成年の場合保護者、患者さんが自署できない場合は家族または親族)

ヨミカナ：_____

代理同意者氏名：_____患者さんとの続柄（_____）

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。)

「おくすり手帳情報」を、患者さんの代行で登録してくれるサービスを受けることができます。薬局でこのサービスを受けることを希望される方は、「同意します」に、希望しない方は「同意しません」に○を付けてください。

「同意します」 「同意しません」

医療機関説明日：平成____年____月____日

医療機関名：_____

説明者氏名：_____

サポートセンター 御中

参加同意書の情報共有先登録 (2/2)

患者さんの治療情報、調剤情報の共有をする先に してください。

が無いところには情報の共有はされません。患者さんの診察券番号なども記入ください。

病院・診療所			薬局		
<input type="checkbox"/>	名称		<input type="checkbox"/>	名称	
<input type="checkbox"/>	医療機関番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	薬局番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	患者さんID (診察券番号など)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	名称		<input type="checkbox"/>	名称	
<input type="checkbox"/>	医療機関番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	薬局番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	患者さんID (診察券番号など)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	名称		<input type="checkbox"/>	名称	
<input type="checkbox"/>	医療機関番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	薬局番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	患者さんID (診察券番号など)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	名称		<input type="checkbox"/>	名称	
<input type="checkbox"/>	医療機関番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	薬局番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	患者さんID (診察券番号など)	<input type="text"/>			
<input type="checkbox"/>	名称		<input type="checkbox"/>	名称	
<input type="checkbox"/>	医療機関番号	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	薬局番号	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	患者さんID (診察券番号など)	<input type="text"/>			

患者さんが行かれる病院、診療所、薬局を指定してください。行かれる可能性のあるところも指定された方が、あとで追加の申請手続きをしなくても済みます。

病院、診療所は、ここで指定されていない場合は、本システムのサービスを受けることはできませんので、追加又は変更の指定手続きをしていただく必要があります。

薬局は、ここで指定されていなくても「会員カード」を提示いただくことで参加薬局のサービスを受けることができます。その時点で、患者さんは情報共有先薬局を追加することに同意したことになります。