

サポートセンター 御中

### 参加同意書の内容変更申請書(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、参加の同意書を提出後に記載した内容の変更がありましたので、以下のとおり変更後の内容を連絡します。

変更した箇所の□に✓をする。変更のない箇所は✓なし。

申請日: 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: 〒\_\_\_\_\_ □

#### 代理の申請者

(患者さんが未成年の場合は保護者、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: \_\_\_\_\_□

氏名: \_\_\_\_\_□ 患者さんとの続柄 (\_\_\_\_\_) □

会員カード番号 



薬局でのおくすり手帳情報の代行登録サービスの変更(次のいずれかに✓)

サービスを利用していたがとりやめる □

利用していなかったがサービスを受ける □

医療機関受取日 : 平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名: \_\_\_\_\_

受付者氏名: \_\_\_\_\_

## 内容変更申請書の情報共有先登録変更 (2/2)

患者さんの治療情報、調剤情報の共有先を追加または削除します。

□ 印に✓を記入ください。

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

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追加された方が、あとで追加の申請手続きをしなくとも済みます。

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。