



ひろしま医療情報ネットワーク 診療情報開示に関する同意書

§ 発行病院名： 日本鋼管福山病院

私は、「ひろしま医療情報ネットワーク 診療情報開示システムに関する説明書【HM説-001】」の内容を充分理解し、以下の事項に同意します。

※ に✓をして下さい

- 日本鋼管福山病院で発行されたひろしま医療情報ネットワーク HMカードを、私もしくは私の後見人の意志で、下記医療機関の医師およびHMネットに参加する施設の医療従事者に提示した場合、私の 日本鋼管福山病院における医療情報が、下記医療機関の医師およびHMネットに参加する施設の医療従事者に開示されることに同意します。
- 診療情報の開示については、私もしくは私の後見人の意志で実現されるものであり、これに関わる個人情報の保護責任は、私もしくは私の後見人に帰することに同意します。
- 私の個人情報が、別紙に記載されているHMネット個人情報保護方針に基づき、本システム内で管理されることに同意します。

開示先医療機関

医師会単位
二次医療圏単位
医療機関単位

西暦 年 月 日

患者署名 _____

後見人署名 _____