



ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット） 診療情報開示システムに関する同意書

広島県医師会 会長 様

§ 発行病院名： 社会医療法人社団 沼南会 沼隈病院

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

- 1、 沼隈病院で発行された「ひろしま医療情報ネットワーク診療情報開示カード」を、私もしくは私の後見人の意志で、「HMネット」に参加する施設の医療従事者に提示した場合、私の沼隈病院における医療情報が、「HMネット」参加医療機関の医療従事者により参照されることに同意します。
- 2、 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。
- 3、 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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名(自署) _____

代理人署名 _____

(住所 _____ 続柄 _____)

HMカード登録情報

ヒント (カタカナで記入)	県名または国名	1	
	男性のナマエ	2	
	女性のナマエ	3	

※ヒントはHMカードを携行されていない場合にあなたを特定するための重要な情報になります。尋ねられたら常に同じ回答ができる記憶しやすいものに決めておいて下さい。

(お勧め：生まれた都道府県名または国名、お父さんのナマエ、お母さんのナマエ)