

同意書の記入について



HMカード発行申請書・医療情報管理委託同意書

一般社団法人 広島県医師会
ひろしま医療情報ネットワーク (HMネット)

本人が署名できない場合、
後見人が本人署名を行い、
後見人署名欄に後見人の
署名を行ってください

ク(以下HMネット)に参加している医療提供施設の
るために必要な情報^{注)}が、裏面のHMネット個人情
約・管理され、必要に応じて私の同意の下、HMネ
るいは医療従事者に開示されることに同意し、HM

注) HMカードは、複数の病医院の診療情報、お薬情報、在宅医療情報、救急・災害時対策情報
など、医療に関連した様々な情報をひとつにつなぐための重要なカードです。

※HMネット個人情報保護方針に同意する (✓をして下さい)

西暦 2019 年 8 月 1 日

電話番号: 082-568-2117

本人署名 HMネット 太郎

メールアドレス: info@hm-net.or.jp

後見人署名 HMネット 次郎

カード種類: 通常(青) カーブ

発行施設名

受取希望施設

赤枠の項目をご記入ください

◇HMカード用登録情報

氏名(カナ)	エイチエムネット タロウ		
氏名(漢字) 性別	HMネット 太郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
生年月日	明大	<input checked="" type="radio"/> 昭	平令 22 年 11 月 1 日
ヒント* (カタカナ)	県名または国名	1	広島県
	男性のナマエ	2	サブロウ
	女性のナマエ	3	ハナコ
現住所	〒732-0057 広島市東区二葉の里3-2-3		

ヒントは「ひろしま健康手帳」をご利用の際に必要です。
出身地、ご両親の名前等、忘れにくいものをご指定ください。

ための
決めて
、配偶