



ID: _____

ひろしま医療情報ネットワーク

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。

また、私は同意説明書と本同意書の控えを受け取りました。

1. 公立学校共済組合中国中央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、私もしくは私の代理人の意志で、ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）参加医療機関の医師に提示した場合、私の公立学校共済組合中国中央病院における医療情報が、ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）参加医療機関の医療従事者に開示されることに同意します。
2. 診療情報の開示については、私もしくは私の代理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、私もしくは私の代理人に帰することに同意します。
3. 私は、ひろしま医療情報ネットワーク（HM ネット）に参加している医療機関内の診療情報のうち、私の生命と健康を守るために必要な情報が HM ネットの管理されることに同意します。
4. カードの種類
 診療情報開示カード
 HM ネットカード

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

生年月日 _____

患者署名 _____

代理人署名 _____

（続柄 _____）

※患者本人が署名できない場合は、代理人欄のみ記載してください。

※本人以外の場合は続柄を記載してください。