

阿波あいネット 参加同意書

No.CC15-2019-1.5

一般社団法人阿波あいネット 理事長 殿



私は医療・介護情報連携ネットワーク「阿波あいネット」の説明を文書で受け、目的及び方法、予想される効果及びリスク、個人情報の取り扱いとともに、いつでも中止の申し出ができることを理解しました。私がより良い医療・介護サービスを受けるために、その参加施設（今後参加する施設、及び連携する県内外の参加施設を含む）が私の医療・介護の情報を共有、利用することに同意し、参加します。

説明文書の内容については一般社団法人阿波あいネットの承認のもと、あなたの説明に用いています。

以下は全て記入必須です。

同意年月日	令和 年 月 日				
参加同意者(自署)	(フリガナ) (お名前)				
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	性別 男・女
郵便番号	〒		-		電話番号 - -
現住所					

過去に受診された医療機関の「診察券番号」を可能な限り記入し、不明な場合は○を記入ください。

	医療機関名	診察券番号
かかりつけの医療機関①		
かかりつけの医療機関②		
かかりつけの薬局		
双方向連携施設	徳島大学病院	
	徳島県立中央病院	
	徳島県立三好病院	
	徳島県立海部病院	
	徳島県鳴門病院	
	徳島赤十字病院	
	徳島市民病院	
	JA 徳島厚生連 吉野川医療センター	
	JA 徳島厚生連 阿南医療センター	
	つるぎ町立半田病院	
	医療法人芳越会 ホウエツ病院	
	医療法人明和会 たまき青空病院	
三好市国民健康保険市立三野病院		

裏面に続きます

医療機関名		診察券番号
双方向連携 施設	那賀町国民健康保険上那賀病院	
	那賀町国民健康保険日野谷診療所	
	那賀町国民健康保険木頭診療所	
	那賀町国民健康保険木沢診療所	
	美波町国民健康保険美波病院	

おわかりの場合、お持ちの保険証（①・②・③の何れか）の番号をご記入ください

① 健康保険 保険証	記号	番号	保険者番号			
② 後期高齢 保険証	被保険者番号		保険者番号			
③ 介護保険 保険証	番号		保険者番号			

代理者欄（18歳未満あるいはご自身で判断できない場合は、代理者のご承認をお願いします）

代理者氏名 （署名）							本人との続柄			
郵便番号	〒				-		電話番号		-	
現住所										

＜説明実施者記入欄＞ ※以下の担当者が参加同意者への説明を実施しました。

説明年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日。

説明実施者： _____ 説明実施場所： _____

事務局受領日：

登録処理欄：

--	--