

あいしんネット（医用画像地域連携ネットワーク） 参加同意書（患者様用）

国立病院機構 大分医療センター病院長殿

私は、大分愛心ネット（以下あいしんネット）（医用画像地域連携ネットワーク）（以下、当ネットワークという）を利用し、当院における患者様の医療情報を検査依頼された（ご紹介いただいた）医療機関において共同診療に活用されることに同意します。

* あいしんネットとは、当院と検査依頼された（ご紹介いただいた）医療機関とを、外部に依頼されたデータセンター（西日本エムシー株式会社）を使用して医療情報を連携するシステムであります。このシステムは、検査予約並びに検査に基づく画像情報や読影診断情報等や当院所有の医用情報を連携医療機関へ安全且つ確実に提供し、その診療業務の支援と効率化を図るクラウドで安全なネットワークシステムによるサービスです。また、患者様ご本人が連携医療機関を選択することができます。お気軽に相談してください。

同意日:	(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (*当同意書の作成日を記入)		
氏名: (フリガナ)	_____	性別	男・女
生年月日:	明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
保護者氏名: (フリガナ)	_____	代筆氏名: (フリガナ)	_____
性別:	男・女	性別:	男・女
依頼医療機関:	_____ 医師名		

氏名欄は自署をお願いします。未成年者は保護者の方の欄も記入して下さい。