ふじのくにねっと患者情報開示依頼票

開示施設名：　　　　　　　　　　　　　　地域連携担当部署　御中

※下記のいずれかにレ点をご記入ください。

□　下記患者の医療に資するため、下記患者に説明し同意を得ましたので、

貴施設の情報開示を依頼します。

□　下記患者の救急医療に資するため、貴施設の情報開示を依頼します。

開示対象患者　氏　　名　※

※印は必須　　生年月日　※　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　住　　所　※

　　　　　　　開示施設内患者ＩＤ

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼開示データ期間依頼する開示施設の診療情報の日付 | □デフォルト設定（基本設定）※開示施設ごとに設定が異なります。各施設の開示設定はふじのくにねっとトップページでご確認ください。□期間指定設定　　　　　年　　月　　日から（　　　）ヶ月※最長12ヶ月 |
| 特記事項 |  |

※開示対象患者へのアクセスが開示開始日より６ヶ月間無い場合、自動的に開示終了となります。

　　　　　　　　　依頼年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

依頼施設名

依頼者署名（または押印）

■開示施設への提出は、受診時に紹介状と共に持参または郵送、お急ぎの場合はＦＡＸなどでご対応ください。

■開示設定依頼票の原本は、開示施設の取り決めに基づき保管・破棄をご判断ください。