

① 同意書

患者ID

<PEG造設・交換パス地域連携診療計画書の利用方法について>

PEG造設・交換パス地域連携診療計画書は複数の医療機関で診療に関する個人情報を患者様の同意の下に共有することによって各施設における検査、診断、治療内容、説明内容を正確に理解し、診療に反映させることで安全で高品質な医療等を提供し、医療の質の向上を目指すものです。

PEG造設・交換パス地域連携診療計画書およびそれに付随する診療情報を連携機関に送付し、診療やリハビリを行うときに利用します。

○ 私は下記の主治医から説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、連携している医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業者等において、私の診療上必要な情報が活用されることに同意します。

<患者様記載欄>

平成 年 月 日

ふりがな

患者様の氏名 _____ (自署)

性別 _____ 男 ・ 女 _____

明治・大正
生年月日 昭和・平成 年 月 日

代理人記載の場合:

(代理人 氏名 _____ 続柄 _____)

<医療機関記載>

主治医氏名: _____

医療機関名: _____

医療機関電話番号: _____ FAX番号 _____

患者ID番号 _____