

紹介元 I D、診察券番号【 \_\_\_\_\_ 】  
西部医療 I D 【 \_\_\_\_\_ 】  
同意書

名古屋市立大学医学部附属  
西部医療センター病院長 殿

記

医療機関名 :

【FAX: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_】

利用期間 : 公開登録日から 180 日間

診療科 : 全科

- |                                 |       |                                  |       |                                     |       |                                    |
|---------------------------------|-------|----------------------------------|-------|-------------------------------------|-------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科     | ----- | <input type="checkbox"/> 総合内科    | ----- | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科      | ----- | <input type="checkbox"/> 消化器内科     |
|                                 | ----- | <input type="checkbox"/> 循環器内科   | ----- | <input type="checkbox"/> 腎臓・透析内科    | ----  | <input type="checkbox"/> 神経内科      |
|                                 | ----- | <input type="checkbox"/> 血液・腫瘍内科 | --    | <input type="checkbox"/> 内分泌・糖尿病内   | -     | <input type="checkbox"/> リウマチ・膠原病内 |
|                                 |       |                                  |       | 科                                   |       | 科                                  |
| <input type="checkbox"/> 外科     | ----- | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科   | ----- | <input type="checkbox"/> 消化器外科      | ----- | <input type="checkbox"/> 乳腺・内分泌外科  |
|                                 | ----- | <input type="checkbox"/> 小児外科    | ----- | <input type="checkbox"/> 一般外科       |       |                                    |
| <input type="checkbox"/> 形成外科   |       | <input type="checkbox"/> 脳神経外科   |       | <input type="checkbox"/> 整形外科       |       | <input type="checkbox"/> 精神科・児童精神科 |
| <input type="checkbox"/> 小児科    |       | <input type="checkbox"/> 皮膚科     |       | <input type="checkbox"/> 泌尿器科       |       | <input type="checkbox"/> 産婦人科      |
| <input type="checkbox"/> 眼科     |       | <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう  |       | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 |       |                                    |
|                                 |       | 科                                |       |                                     |       |                                    |
| <input type="checkbox"/> 放射線診断科 |       | <input type="checkbox"/> 放射線治療科  |       | <input type="checkbox"/> 病理診断科      |       | <input type="checkbox"/> 麻酔科       |
| <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |       | <input type="checkbox"/> 陽子線治療科  |       |                                     |       |                                    |

\*ただし入院中は全ての診療録を開示いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名（自署または押印）： \_\_\_\_\_

【 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 】

家族（代諾者）署名： \_\_\_\_\_

## 同意取消書

名古屋市立大学医学部附属 西部医療センター病院長 殿

### 記

私は、令和 年 月 日付で（ ）に対して、名古屋市立大学医学部附属西部医療センターの運営する“SAVE ネット”を介して、私（ ）の診療上の個人情報を公開することについての同意を取り消します。

令和 年 月 日

本人署名（自署または押印）： \_\_\_\_\_

家族（代諾者）署名： \_\_\_\_\_