

同意書

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター病院長 殿

私は名古屋市立大学医学部附属東部医療センター地域医療連携システム“TOBU ネット”に関する説明を受け、診療上必要な個人情報のうち以下の項目に限り、下記の医師に対し“TOBU ネット”を用いて提供することに同意いたします。

記

医療機関名 :

医師名 :

利用期間 : 公開登録日から 180 日間

診療科 : 全科

※以下に見てほしくない科がありましたら、チェックしてください。

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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・糖尿病内科 | <input type="checkbox"/> 疼痛緩和内科 | |
| <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"/> 心臓血管外科 | | | |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 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"/> 耳鼻いんこう科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | | <input type="checkbox"/> 放射線科 |
| <input type="checkbox"/> 病理診断科 | <input type="checkbox"/> 救急科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 |

*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）： _____

生年月日 年 月 日

家族（代諾者）署名： _____