

この意思確認書は、「西宮市立中央病院の診療情報を西宮総合医療センター（仮称）へ提供すること」に同意いただけない場合のみ提出してください。

なお、意思確認書が提出されない場合は、同意いただいたものとさせていただきます。

西宮市立中央病院 病院長 宛

「西宮市立中央病院の診療情報を西宮総合医療センター（仮称）に提供すること」についての意思確認書

私は、「西宮市立中央病院の診療情報を西宮総合医療センター（以下、新病院）へ提供すること」について、「同意しない」場合の影響について理解し、以下の通り判断しました。

* 「同意しない」場合、新病院を受診した際に下記の影響が考えられます。

- ① 西宮市立中央病院で受診した際の診療情報（通院歴、入院歴、アレルギー情報、病名、処方履歴、検査結果、その他の診療情報）を新病院のカルテで閲覧することができません。
- ② このため、新病院を受診することがあればあらためて病歴の聴取、検査等を実施する必要があります。また過去に西宮市立中央病院で受けた診療の詳細情報がわからなくなる可能性があります。

☐ 「西宮市立中央病院の診療情報を西宮総合医療センター（仮称）へ提供すること」について同意しません。（☐にチェックしてください。）

※「同意しない」ことで西宮市立中央病院での診療に支障をきたすことはありません。

署名した日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号 _____

本人氏名 _____ （自署または保護者の代筆）

生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ ） 歳

未成年者（18歳未満）の場合は保護者の署名を、代理申請の場合は代理人の署名を以下にお願いします。

保護者又は代理人氏名 _____ 続柄 （ ）