

**ひろしま医療情報ネットワーク（ＨＭネット）**

**診療情報開示システムに関する同意書**

広島県医師会 会長 様

（福山市民病院 院長 様）

私は，「ひろしま医療情報ネットワーク（HMネット。以下「HMネット」という。）診療情報開示システムに関する説明書【HM説－001】」の内容を充分理解し，次の事項に同意します。

１　福山市民病院で発行されたひろしま医療情報ネットワーク診療情報開示カードを，私もしくは私の代理人の意思で，「HMネット」に参加する施設の医療従事者に提示した場合，私の福山市民病院における医療情報が，「HMネット」参加医療機関の医療従事者により参照されることに同意します。

２　診療情報の開示については，私もしくは私の代理人の意思で実現されるものであり，これに関わる個人情報の保護責任は，私もしくは私の代理人に帰することに同意します。

３　私の個人情報が，別紙に記載されているHMネット個人情報保護方針に基づき，本システム内で管理されることに同意します。

４　「HMネット」参加医療機関から参照される福山市民病院における医療情報は，基準日（2012年（平成24年）11月 1日）以降のものであることに同意します。

　　　　　　年　　　　月　　　　日

患者名前（署名）

代理人署名

（住所　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　）

 ※患者さま本人が署名できない場合は，代理人により記入してください。

 また，代理人の場合は代理人署名，住所，続柄を記載してください。