

## 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。