同 意 書

愛知医科大学病院長　殿

私は愛知医科大学病院 地域医療連携ネットワークシステム（ＡＭＵ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のとおり、下記の医師に対し「ＡＭＵ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： 公開登録から１８０日間

非公開診療科： 公開を診療科があれば、下記の□にチェックをしてください。

□内科（内科すべて）

□総合診療科　□消化管内科　□肝胆膵内科　□循環器内科　□呼吸器・アレルギー内科

□内分泌・代謝内科　□神経内科 □腎臓・リウマチ膠原病内科　□血液内科　□糖尿病内科

□外科（外科すべて）

□消化器外科　□心臓外科　□血管外科　□呼吸器外科　□乳腺・内分泌外科　□腎移植外科

□脳神経外科　□整形外科　□産科・婦人科　□眼科　□眼形成・眼窩・涙道外科

□小児科　□皮膚科　□泌尿器科　□耳鼻咽喉科・頭頸部外科　□放射線科　□麻酔科

□形成外科　□救命救急科　□リハビリテーション科　□感染症科

□疼痛緩和外科・いたみセンター　□周産期母子医療センター　□歯科口腔外科　□救急診療部

□緩和ケアセンター

※ただし精神神経科・遺伝子外来・睡眠科・病理診断科は、非開示といたします。

　　　 　年 　　月 　　日

本人署名（自署） ：

（生年月日： 年 　　月　 　日 ）

（愛知医科大学病院ID：　 　　　　　　　　）

家族（代諾者）署名：