

## TGP ネットワーク参加同意書

環岐阜地区医療介護情報共有協議会 会長 殿

私は、TGP ネットワークに関する説明を理解し、その目的に賛同しましたので、私の医療・介護等に関する情報が関係機関間で共有されることに同意します。

※太黒枠内は必須項目

同意日	(西暦) 20 年 月 日		
ふりがな			性別
氏名 (自署)			男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日生		
現住所	〒 -		
電話番号	( )		
代理の申請者 (本人が自署できない場合、未成年の場合)		本人との続柄	
代理申請者氏名 (自署)			

※ 病名、処方、検体検査結果のうち、あなたが共有を希望しない項目や、共有を希望しない施設 (例えば病院、例えば薬局など) がありましたら、別紙「診療情報共有除外設定依頼書」(様式 1-2) で意思表示することができます。受付施設にお申し出ください。

■受付施設記入欄 受付施設の方へ：本書 (原本) を TGP 事務局へご提出ください。

受付施設名			
施設住所	〒 -		
電話番号	( )		
受付者氏名 (自署)			

<お問合せ・ご提出先>

環岐阜地区医療介護情報共有協議会 (TGP) 事務局  
〒501-6062 羽島郡笠松町田代 185-1 羽島郡医師会内  
TEL: 058-387-6476 FAX: 058-388-0180 (TGP ネットワーク専用)

■事務局記入欄

受理 : 年 月 日  
登録日 : 年 月 日

受領印