

持参の場合【保険証あるいは免許証等持参】

郵送の場合【保険証あるいは免許証等のコピー同封】

(住民・患者さま用)

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

〒347-0031 加須市南町 5-15 (埼玉県加須保健所内)
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局 行

「とねっと」参加(利用)同意書

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会 様

私は、「とねっと」参加(利用)説明書を理解しましたので、私が「かかりつけ医カード」を提示する「とねっと」参加医療機関において私の診療情報が私自身の診療に活用されること、また、救急時において救急隊や救急搬送先医療機関(「とねっと」参加医療機関に限る)が私の診療・患者情報を取得し、救急に活用されることに同意します。

【必須記入項目】 ※必ず記入してください。	申請日:平成 年 月 日
フリガナ: _____	
○氏名: _____	○性別: 男・女
明治・大正・昭和・平成	○血液型: A・B・O・AB・不明
○生年月日: 年 月 日	Rh: +・-・不明
○郵便番号: _____	○電話番号: _____
○住所: _____	
○緊急連絡先: ※緊急連絡先は、なるべく2つ記入してください。	
①氏名 _____ 続柄 _____	電話番号 _____
②氏名 _____ 続柄 _____	電話番号 _____

【任意記入項目】					
○医療機関 名称: _____					
(かかりつけ医) 名称: _____					
○アレルギー アレルギーの有無: <u>なし・あり</u> (内容: _____)					
エピペンの所持: <u>なし・あり</u>					
アナフィラキシーショックを起こした経験又は医師に可能性を指摘されたこと: <u>なし・あり</u>					
○病歴(持病) ※今までかかったことがあるものにチェック☑してください。					
<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝臓病					
<input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 ()					
<input type="checkbox"/> その他 ()					
○服用薬 ※薬剤情報提供書の薬名を記入してください。					

○「とねっと」健康記録のパスワード	※別紙『「とねっと」健康記録のご利用について』を参照し、利用を希望する方は、 4桁の数字 を記入してください。 ※生年月日や電話番号など他人に推測されやすい数字は避けてください。				
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

本人の署名 (未成年者の場合はその保護者) _____	
(代理者記載の場合: 代理者氏名 _____ 続柄: _____)	

<処理欄>※住民(患者)の皆様は、記入しないでください。

本人確認(確認日: H . .)	FAX送信(送信日: H . .)	システム登録(登録日: H . .)
所属名 _____	所属名 _____	カードID番号: _____
確認者名(又は印)	確認者名(又は印)	登録者印
		通知日: H . .

(記入例)

【必須記入項目】 ※必ず記入してください。	申請日:平成 〇〇 年 △ 月 〇 日
フリガナ: トネ タロウ	
○氏名: 利根 太郎	○性別: 男・女
明治・大正(昭和)・平成	○血液型: A・B・O・(AB)・不明
○生年月日: 12 年 3 月 4 日	Rh: (+)・-・不明
○郵便番号: 347 - 1234	○電話番号: 0480 - 〇〇 - △△△△
○住所: 加須市下三俣290	
○緊急連絡先: ※緊急連絡先は、なるべく2つ記入してください。	
①氏名 利根 一郎 続柄 子 電話番号 090-1234-〇△〇△	
②氏名 利根 花子 続柄 子 電話番号 080-5678-△〇△〇	

【任意記入項目】	
○医療機関 名称: とね医院 (かかりつけ医) 名称: とねっとクリニック	
○アレルギー アレルギーの有無: なし・(あり) (内容: 卵アレルギー) エピペンの所持: なし・(あり) アナフィラキシーショックを起こした経験又は医師に可能性を指摘されたこと: なし・(あり)	
○病歴(持病) ※今までかかったことがあるものにチェック☑してください。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
○服用薬 ※薬剤情報提供書の薬名を記入してください。 〇△□錠、□△〇細粒	
○「とねっと」健康記録のパスワード 9 9 9 9	※別紙『「とねっと」健康記録のご利用について』を参照し、利用を希望する方は、4桁の数字を記入してください。 ※生年月日や電話番号など他人に推測されやすい数字は避けてください。

本人の署名 (未成年者の場合はその保護者)	利根 太郎
(代理者記載の場合: 代理者氏名	続柄:)