

地域医療連携ネットワーク参加同意書

_____ 殿

日本医科大学付属病院医療連携ネットワーク
私は 東京総合医療ネットワーク (以下、本ネットワーク) に関する説明を受け、
(該当するものに✓をお願いします)

その目的及び利用方法などを理解しましたので、本ネットワークに参加し、私の診療情報が活用されることに同意します。

<患者記載欄>

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ： _____

患者氏名： _____ 男・女 (自署)

大正・昭和

生年月日： _____ 平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

住 所： _____

電話番号： _____ (_____)

(代諾者記載の場合) 代諾者氏名： _____ 続柄： _____

<医療機関記載欄>

説明担当者氏名： _____ (自署)

医療機関名： _____ 日本医科大学付属病院 _____ 部署： _____ 医療連携部門 _____

紹介元(照会元)医療機関 患者ID： _____

<紹介先(照会先)医療機関 患者ID記載欄>

患者ID： _____