

# 日本医科大学多摩永山病院医療連携ネットワーク参加同意書

日本医科大学多摩永山病院長 \_\_\_\_\_ 殿

私は医療連携ネットワークに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、日本医科大学多摩永山病院医療連携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)

明治・大正

昭和・平成

令和 西暦

生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(代諾者記載の場合) 代諾者氏名 : \_\_\_\_\_ 続柄 : \_\_\_\_\_ (自署)

## <医療機関記載欄>

説明担当者氏名 : \_\_\_\_\_ (自署)

医療機関名 : \_\_\_\_\_ 部署 : \_\_\_\_\_

---

---

## <参加医療機関患者ID記載欄>

日本医科大学多摩永山病院 患者ID : \_\_\_\_\_

参加医療機関 患者ID : \_\_\_\_\_