

日本医科大学千葉北総病院 日医大連携ネットワークシステム

利用同意書

日本医科大学千葉北総病院 病院長殿

私は、日本医科大学千葉北総病院地域医療連携ネットワークシステムについて下記の主治医より説明を受け、その内容を十分に理解しました。このうえで、地域医療連携ネットワークシステムに参加することに同意します。なお、本利用同意書の写しを受け取りました。

<患者さん記入欄>

同意日	年 月 日		
(ふりがな)			
氏名	(自署)	性別	男・女
生年月日	年 月 日		
代理人 (代理人記載の場合のみ)	続柄		

<連携医療機関記入欄>

説明者氏名							
医療機関名							
電話番号				FAX番号			
患者情報		病名		処方/注射		検査	
医師サマリ		看護サマリ		画像			

※コピーを2部お取りください。

(原本) 紹介状と一緒に封筒に封印していただくか、医療連携支援センター宛てに送付ください。

(コピー1枚目) 貴院にて保管ください。

(コピー2枚目) 患者さんご本人に控えとしてお渡しください。

【お問い合わせ先】

日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター

〒270-1694 千葉県印西市鎌苅1715

(TEL)0476-99-1810 (直通) (FAX)0476-99-1991

(処理)

受理日	登録日	台帳記入	スキャナ

(医療連携支援センター保管)