

上小メディカルネット参加同意書

- 信州上田医療センター 院長
東御市民病院 院長
国保依田窪病院 院長
小諸厚生総合病院 院長
- } 殿

私は、下記の説明担当者から上小メディカルネットに関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

(同意は複数でも個別でも、が付いた病院を同意します。)

〈患者さん記載欄 (自署)〉

平成 年 月 日

ふりがな：

患者さんの氏名： _____ 男・女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

他の施設での同意書作成歴

： なし・あり (施設名： _____)

(代理人記載の場合： 代理人氏名 _____ 続柄： _____)

〈施設記載欄〉 (この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください。)

説明担当者氏名： _____ (自署)

施設名： _____ FAX番号： _____

患者ID番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

連携希望病院名

信州上田医療センター (患者ID番号： _____)

東御市民病院 (患者ID番号： _____)

国保依田窪病院 (患者ID番号： _____)

小諸厚生総合病院 (患者ID番号： _____)

(確実な患者本人の確認のために、医療機関ごとの「患者ID番号」を記載してください)

原本は説明し、同意を得た施設が保管するものとします。

コピーを一部患者さん本人へお渡しし、各連携先医療機関にFAX又は郵送してください。

(原本→ 施設保管、コピー1部→ 患者さん、FAX又は郵送→各連携希望病院へ)

書類の記載は楷書体でハッキリと大きくお願い致します。特に小文字英数字は丁寧にご記入下さい。