

江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク参加同意書

様

私は、下記の説明担当者から「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク」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。

【患者様記載欄（自署）】

令和 年 月 日

患者氏名： 男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

（代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 ）

【紹介元記載欄】

・患者 I D：

・説明担当者（自署）：

・紹介元医療機関：

・電話番号：

・連携病院名：江別市立病院

※確実な患者本人の確認のために「患者 I D 番号」を記載してください

※原本は、説明し同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同意書送信票」とともに F A X 送信してください。

江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク参加同意撤回届

(同意書取得時に必要箇所に記載して患者様にお渡してください)

様

私は、下記の説明担当者から説明を受け、下記医療機関において「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク」に参加申請しておりましたが、参加の同意を撤回します。

【患者様記載欄（自署）】（同意を撤回する際に記載してください）

令和 年 月 日

患者氏名： 男・女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄)

【紹介元記載欄】（同意書取得時に記載してください）

・説明担当者（自署）：

・紹介元医療機関：

・電話番号：

江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク参加同意書

〇〇クリニック 院長 △△ ×× 様

私は、下記の説明担当者から「江別・南空知地域医療連携推進ネットワーク」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。

【患者様記載欄（自署）】

令和 6 年 4 月 1 日

患者氏名： ^{えべつ}江別 ^{たろう}太郎 (男) 女

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 50 年 4 月 1 日

(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄)

【紹介元記載欄】

・患者 I D : 1 2 3 4 5 6 7 8 9

・説明担当者（自署）：江別 次郎

・紹介元医療機関：〇〇クリニック

・電話番号：011-382-5151

・連携病院名：江別市立病院

※この同意書を記入する際に撤回届けにもご記入ください。

※確実な患者本人の確認のために「患者ID番号」を記載してください。

※原本は、説明し同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、連携先医療機関には「患者情報および医療連携同意書送信票」とともにFAX送信してください。

令和 年 月 日

患者情報および医療連携システム同意書送信票

■江別市立病院 患者支援センター行

電話:011-382-5151(内線:1152)

FAX:011-382-8381

このたび、別紙のとおり地域医療連携システムへの参加同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

医療機関名			
ふりがな			男・女
患者氏名			
患者ID			
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日
患者住所	電話() -		
診療科		主治医	
主病名			