

年 月 日

患者情報および医療連携システム同意書送信票

御中

施設名 (担当:)
電 話
F A X

この度、別紙のとおりシステムへの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。

フリガナ		男	生 年 月 日
患者氏名		女	明・大・昭・平・令 年 月 日 歳
患者住所	TEL () -		
診 療 科	科	主 治 医	医師
主 病 名			

保険者番号									
記号		番号							
被保険者氏名									
続柄									
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

高齢者負担割	割
--------	---

乳幼児/母子/障害/特定/老人 (負担 割)									
公費負担番号									
公費負担受給者番号									
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

乳幼児/母子/障害/特定/老人 (負担 割)									
公費負担番号									
公費負担受給者番号									
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

道南地域医療連携システム（道南^{メディカ}Medlka）参加同意書

□ 様

私は、下記の説明担当者から道南地域医療連携システム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。

〈患者さん記載欄（自署）〉

年 月 日

ふりがな

患者氏名： 男 ・ 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

道南地域医療連携システム同意書作成歴： なし ・ あり

（代理人記載の場合：代理人氏名 続柄 ）

〈同意書取得施設記載欄〉

（この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください）

同意書取得施設名： （患者ID： ）
（電話番号： ）

説明担当者（自署）： （部署： ）

連携希望施設名

（患者ID： ）

（患者ID： ）

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

原本は、同意書取得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、連携先施設には、「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。