

(様式3)

昭和病院地域医療ネットワーク参加同意書

公立昭和病院長 殿

私は、以下の説明担当者から昭和病院地域医療ネットワークに関する説明及び説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法等を理解したので、私の診療情報が公立昭和病院と紹介元機関との診療に活用されることを同意します。

患者さん記入欄			
同意年月日	令和	年	月 日
フリガナ			
氏名(自署)			
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別 男・女
住所			
電話番号	これまでに公立昭和病院を受診されたことはありますか		あり・なし
代理人による記載	代理人氏名(自署)		続柄

紹介元施設記入欄		
紹介元施設名		
説明担当者氏名(自署)		
電話番号	F A X	
患者ID番号	紹介元医療機関におけるID番号(診察券番号等)を記載してください。	

原本は説明し、同意を得た施設で保管して下さい。

コピーを1部患者さんにお渡し頂き、当院にも **FAX送信**をお願いします。

送信先 FAX 042-461-0143 (公立昭和病院 地域医療連携室)

【問合せ先】

公立昭和病院 地域医療連携室
連絡先 042-461-0052(代表)