

愛媛県立中央病院地域医療連携ネットワーク
「媛さくらネット」参加同意書

愛媛県立中央病院長 様

私は、「媛さくらネット」に関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、愛媛県立中央病院における診療情報を下記医療機関の医師に開示されることに同意します。

患者様記入欄			
同意年月日	年	月	日
ふりがな			
氏名			
生年月日	年	月	日
代理人による記載		続柄	

※ 同意年月日及び生年月日欄は西暦・和暦どちらで記入しても構いませんが、どちらかに統一してください。

医療機関記入欄			
医療機関名		TEL	
		FAX	
利用医師名	※自署をお願いします。		
説明担当者	※利用医師と同じ場合は記入不要です。		(部署)
患者ID	※確実なご本人確認のためご記入ください。先頭に0がある場合は省略しないでください。		

※ 総合病院などの診療科が複数ある医療機関では利用者として届け出ている全ての医師が閲覧可能になります。

※ 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。コピーを患者様ご本人へお渡しし、愛媛県立中央病院地域医療連携室へ FAX (089-987-6271) してください。

----- 【ここから下は 愛媛県立中央病院 記入欄です】 -----

設定担当者名 _____

〒790-0024 愛媛県松山市春日町 83 番地

愛媛県立中央病院 地域医療連携室 (電話) 089-987-6270 (FAX) 089-987-6271

受付日
/