様式６－１

**地域連携ネットワーク説明同意書**

徳島赤十字病院　院長　殿

　私は下記の主治医から、地域連携ネットワークに関する説明並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、地域連携ネットワークに参加し、私の診療情報が徳島赤十字病院と下記医療機関で参照され診療に活用されることに同意します。

|  |
| --- |
| 患　者　さ　ま　記　入　欄 |
| 　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 性　別 | 年　齢 | 生　年　月　日 |
| 氏名（自署） | 様（旧姓：　　　） | □男性□女性 | 歳 | 大正・昭和・平成・令和年　　月　　日 |
| 徳島赤十字病院の患者番号 | 　※確実な確認のためできる限りご記入ください |
| 他の医療機関での同意書作成 | □なし　　□あり（病院名：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代理人による記載の場合 | 代理人氏名：　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 医　療　機　関　記　入　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 |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| 説明した医師名（自署） |  |
| 閲覧医療機関の患者番号 |  |

※コピーを２部行い、１部を保管、もう１部は患者さまへお渡しください。

FAXした後、原本は徳島赤十字病院の地域医療連携課へ郵送してください。

徳島赤十字病院　地域医療連携課　TEL：0120-503-743　　FAX：0120-308-739

※対応時間　月曜日～金曜日（祝日除く）　9：00　～　17：00

■徳島赤十字病院使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職氏名 | 印　 |
| 設定完了日付 | 　　　　　年　　　月　　　日　 |

様式６－２

**地域連携ネットワーク同意撤回届**

徳島赤十字病院　院長　殿

　私は下記の主治医から説明を受け、地域連携ネットワークに参加申請しておりましたが、参加の同意について撤回します。

|  |
| --- |
| 医　療　機　関　記　入　欄 |
| ※同意取得の際に同意書とあわせて記入し、必ず患者さまにお渡しください |
| 医療機関名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| 説明した医師名（自署） |  |

|  |
| --- |
| 患　者　さ　ま　記　入　欄 |
| 　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 性　別 | 年　齢 | 生　年　月　日 |
| 氏名（自署） | 様（旧姓：　　　） | □男性□女性 | 歳 | 大正・昭和・平成・令和年　　月　　日 |
| 徳島赤十字病院の患者番号 | ※確実な確認のためできる限りご記入ください |
| 代理人による記載の場合 | 代理人氏名：　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　） |

※同意撤回届は上記医療機関または徳島赤十字病院に提出してください。

徳島赤十字病院（地域医療連携課）

〒773-8502　小松島市小松島町字井利ノ口103番

　　　TEL：0120-503-743　　FAX：0120-308-739

■徳島赤十字病院使用欄

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者職氏名 | 印　 |
| 解除完了日付 | 　　　　　年　　　月　　　日　 |