

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：)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	

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:)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 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	