



年 月 日

診療情報地域連携システム参加同意書送信票

施 設 名 _____ 御中 _____

施設名 _____ 担当 _____

電 話 _____

F A X _____

下記患者様の地域連携にあたり、この度、別紙のとおり参加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。

ふりがな				明治・大正・昭和・平成
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日
患者番号				
患者住所	〒 _____			
	電話 () - _____			
診療科			主治医	
備考				

