

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		
保険薬局		薬剤師		

