



診療情報地域連携システム参加同意書

連携希望先施設名

上記施設における患者番号
(分かる場合)

管理担当者様

私は、下記の説明担当者から診療情報地域連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的利用方法等を理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

患者記載欄			
同意年月日	令和	年	月 日
ふりがな			
氏名 (自署)			
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月 日
代理人による記載	代理人氏名 (自署)		続柄

紹介元記載欄			
紹介元機関名		FAX 番号	
説明担当者 氏名 (自署)		部署	
患者 ID 番号	紹介元医療機関における ID 番号等を記載してください		

原本は説明し同意を得た医療機関が保管することとします。コピーを1部患者さん本人へお渡しください。
連携先医療機関には「診療情報地域連携システム参加同意書送信票」ともに FAX 送信してください。

※ 記載された個人情報、あなたの医療に関わる施設の連携にのみ使用し、それ以外の目的のために使用又は第三者に提供することはありません。

閲覧側で同意取得する場合用