

(別紙様式 2-1)

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院地域医療連携ネットワークシステム
(中京病院連携ネット)
同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 院長 殿

私は下記のかかりつけ医から、独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院地域医療連携ネットワークシステム（以下、「中京病院連携ネット」という。）に関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、かかりつけ医による「中京病院連携ネット」経由の診療情報の参照等に同意します。

〈患者さん記載欄〉

年	月	日
フリガナ：		
患者氏名： _____		(自署) 男・女
大・昭		
生年月日： 平・令 _____		年 月 日
(代理者記載の場合：代理者氏名		(続柄))

〈かかりつけ医記載欄〉 (この同意書を記入する際に撤回届けにもご記入ください)

年	月	日
医療機関名	:	
かかりつけ医氏名	:	(自署)
患者番号 (かかりつけ医 診察券番号)	:	
患者番号 (中京病院 診察券番号)	:	
※患者番号は分からない等の場合は空白で構いません		

※コピーを2部行い、1通はかかりつけ医である貴院にて保存し、残りの1通を患者さん本人用へお渡し下さい。お手数ですが原本は中京病院 地域医療連携・相談室へ郵送して頂くか、患者さんに中京病院までお持ちくださるようご案内下さい。

お問い合わせ先：独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 地域医療連携・相談室
電話番号：052-691-7151 (代表) 内線 1229
直通：052-692-3801 (平日 8:30~17:00)
住所：〒457-8510 愛知県名古屋市中区三條 1-1-10

原本は中京病院にて保管します。