

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

私は下記の保険薬局の薬剤師から、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、保険薬局の薬剤師による「中京病院連携ネット」を利用した診療情報の閲覧等に同意します。

〈患者さま記載欄〉

| |
|-----------------------|
| 年 月 日 |
| フリガナ 患者氏名 (自署) |
| 生年月日 |
| 明・大・昭・平・令 年 月 日 (男・女) |
| ※代理者記載 |
| 氏名 続柄 |

〈保険薬局記載欄〉

| |
|-------------|
| 年 月 日 |
| 薬剤師名 (自署) |
| 登録者ID番号 |
| 保険薬局名 |
| TEL FAX |
| 患者番号(診察券番号) |

※保険薬局さまへ

同意書は2部コピーして下さい。1通は保険薬局にて保存し、1通は患者さま又は、代理の方へお渡し下さい。お手数ですが、原本は中京病院の薬剤部へ郵送して下さい。
原本は中京病院にて保管します。
また、同意撤回書に必要事項を記入して患者さま又は、代理の方へお渡し下さい。
よろしくお願い致します。

連絡先 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 薬剤部
住所 〒457-8510
愛知県名古屋市南区三条1-1-10
電話番号 052-691-7151(代表) 内線1241
FAX 052-692-6856
E-mail yakuzai@chukyo.jcho.go.jp