

同意書(参照施設用)

公開医療機関 あて

私は下記の主治医から、「家持あんしんネット」での診療情報の参照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、下記病院・医院・診療所等において「家持あんしんネット」を利用し、私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意します。

<患者さん記載欄>

令和	年	月	日
ふりがな:			
患者さんの氏名:		男 ・ 女	(自署)
生 年 月 日:	大 正 ・ 昭 和 平 成 ・ 令 和	年	月 日
他の医療機関での同意書作成歴: なし ・ あり			
紹介状(診療情報提供書): なし ・ あり			
(代理人記載の場合: 代理人氏名		続柄:	)

<主治医記載欄>

参照施設	公開施設(公開について参照施設了解済み)
(自署)	
主治医氏名:	主治医氏名:
医療機関名:	医療機関名:
FAX 番号:	
患者番号ID:	患者番号ID:

※ この様式は、該当する次の診療情報の公開医療機関に提出してください。

- 厚生連高岡病院 地域医療連携室
〒933-8555 富山県高岡市永楽町5番10号
電話番号 0766-21-3930 内線2804
- 高岡市民病院 地域医療部
〒933-8550 富山県高岡市宝町4番1号
電話番号 0766-23-0204 内線2296
- 済生会高岡病院 地域医療連携室
〒933-8525 富山県高岡市二塚387-1
電話番号 0766-21-0570 内線1170

備考: