

出水郡医師会地域連携システム・参加同意書

〈連携医療機関名〉

出水郡医師会広域医療センター 殿

私は下記の主治医から、出水郡医師会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・診療所において出水郡医師会地域連携システムに参加し、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。

〈患者さん記入欄〉

年 月 日

(ふりがな)

患者さんの氏名 : _____ (自署) 性別 : 男 ・ 女

生 年 月 日 : T・S・H・R 年 月 日

他医療機関での同意書作成歴 : あり ・ なし

※代理者が記載した場合 : _____ (代理者氏名) 続柄 : _____

〈かかりつけ医・紹介元情報欄〉

紹介元医療機関名 : _____

説明者の氏名 : _____ (自署) ⇒ (医療機関名 : _____)
※紹介元医療機関以外の者が説明した場合に記入。

連携医療機関名 : 出水郡医師会広域医療センター

注) 2部コピー ⇒ ①「患者さん控え」(患者さんへお渡しください。) ②「紹介元医療機関控え」(自院へ保管下さい。)

原本 ⇒ 紹介状と同封し、出水郡医師会広域医療センターへ受診時に提出して下さい。

FAXでもカルテ公開できますが、原本は出水郡医師会広域医療センターへ提出してください。

各科受付 ⇒ 電子カルテヘスキャン ⇒ 医療情報管理室

(地域連携システム同意書に関するお問合せ)

〒899-1611 阿久根市赤瀬川 4513 出水郡医師会広域医療センター・地域連携部

TEL (0996) 73-1331 (代) fax (0996) 73-3708 (代)