

## 須高医療連携ネットワーク説明同意書

長野県立信州医療センター院長 様

私は下記の主治医から、須高医療連携ネットワークに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、須高医療連携ネットワークに参加し、私の診療情報が信州医療センターと以下の医療機関で参照され診療に活用されることに同意します。

患者さん記入欄				
			記入日	年 月 日
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	様 (旧姓: )	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
信州医療センターの患者番号	※確実な確認のためできる限りご記入ください			
他の医療機関での同意書作成	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名: )			
代理人による記載の場合	代理人氏名: (続柄: )			

医療機関記入欄			
※この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください			
医療機関名			
電話番号		FAX	
説明した医師名 (自署)			
閲覧医療機関の患者番号			

※コピーを2部行い、1部を保管、もう1部は患者さんへお渡しください。

FAX した後、原本は信州医療センター 地域医療福祉連携室へ郵送してください。

長野県立信州医療センター 地域医療福祉連携室

TEL : 026-245-1650 (代表) FAX : 026-248-3240

※対応時間 月曜日～金曜日 (祝日除く) 9:00 ~ 17:00

## ■信州医療センター使用欄

担当者職氏名	印
設定完了日付	年 月 日