

メディカ
道南地域医療連携システム（道南Medika）参加同意書
—複数施設用—

様

私は、下記の説明担当者から道南地域医療連携システムに関する説明なら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、私の診療情報が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（自署）〉

平成 年 月 日

ふりがな

患者氏名： 男 ・ 女

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

道南地域医療連携システム同意書作成歴： なし ・ あり

(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄)

〈同意書取得施設記載欄〉（この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください）

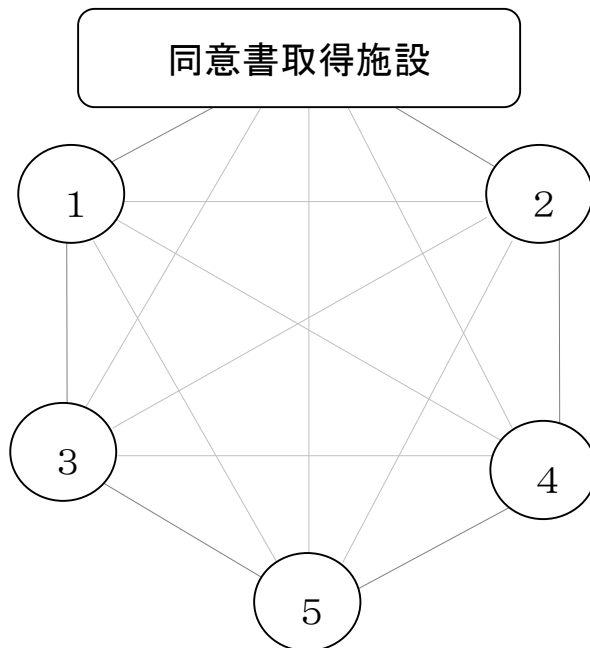
同意書取得施設名： (患者 ID：)

(電話番号：)

説明担当者（自署）： (部署：)

連携希望施設名

- ① (患者 ID：)
- ② (患者 ID：)
- ③ (患者 ID：)
- ④ (患者 ID：)
- ⑤ (患者 ID：)



原本は、同意取得施設が保管するものとします。コピーを一部患者さん本人へお渡しし、連携施設には「患者情報および医療連携同意書送信票」とともにFAX送信してください。