

患者情報および医療連携システム同意書送信票

御中

病院（担当： ）

電 話
F A X

この度、別紙のとおりシステムへの同意を得ましたので、以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

フリガナ			男	生 年 月 日
患者氏名			・	明・大・昭・平
			女	年 月 日 歳
患者住所	Tel () -			
診療科	科	主治医	医師	
主病名				

保険者番号									
記号		番号							
被保険者氏名									
続柄									
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

高齢者負担割	割
--------	---

乳幼児／母子／障害／特定／老人（負担 割）									
公費負担番号									
公費負担受給者番号									
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

乳幼児／母子／障害／特定／老人（負担 割）									
公費負担番号									
公費負担受給者番号									
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								