

年 月 日

患者情報および医療連携システム同意書送信票

御中

施設名 (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		女	明・大・昭・平・令 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								