

医療法人社団永生会 地域医療連携ネットワークシステム

M I O K a r t e 参加同意書

様

私は、下記の説明担当者から医療法人社団永生会 地域医療連携ネットワークシステムに関わ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。

《患者様記載欄（自署）》

平成 年 月 日

患者氏名： 性別： 男性 ・ 女性

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

他の医療機関での同意書作成歴： な し ・ あ り

(代理人記載の場合：代理人氏名 続柄)

《紹介元記載欄》

(この同意書を記入する際に撤回届にもご記入ください)

説明担当者（自署） (部署：)

紹介元医療機関名： F A X 番号：
(患者 I D :)

提携希望医療機関名：
 (患者 I D :)
 (患者 I D :)

(確実な患者本人の確認のため、各医療機関ごとの「患者 I D」を記載してください。)

原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。

コピーを一部患者様本人へお渡しし、提携先医療機関には「患者情報および医療連携同意送信票」とともに F A X を送信してください。