

## 松山赤十字病院地域医療連携ネットワーク説明同意書

松山赤十字病院長 様

私は、松山赤十字病院地域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、その目的及び利用方法などを理解しましたので、松山赤十字病院地域医療連携ネットワークを通じて私の松山赤十字病院における診療情報が、下記医療機関の医師に閲覧されることに同意します。

患者さん記入欄				
令和 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
松山赤十字病院の患者番号	※わかる方はご記入ください			
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			
医療機関名			
電話番号		FAX	
説明担当医 (自署または記名押印)			
松山赤十字病院にて同意書を取得する場合の同意確認者 同意確認者職氏名：	<input type="checkbox"/> 説明担当医に同じ		

注1) 診療科が複数ある医療機関では利用申請しているすべての医師が閲覧可能となります。

注2) 同意書は松山赤十字病院患者支援センターに FAX した後、原本は郵送してください。

なお、コピーを患者さんにお渡しください。

松山赤十字病院 患者支援センター

〒790-8524 松山市文京町1番地 TEL：089-926-9516 FAX：089-926-9547

松山赤十字病院使用欄

担当者職氏名		印
設定完了日付	令和 年 月 日	