

荒尾市民病院地域医療連携システム（通称：ありあけネット）説明同意書

荒尾市民病院 病院事業管理者 様

私は下記の主治医から、地域医療連携システム（診療情報の参照等）に関する説明並びに説明文章の交付を受け、その目的及び利用方法を理解しましたので、下記医療機関において地域医療連携システム（診療情報の参照等）に参加することを同意いたします。

《患者さん記載欄》

同意日	年	月	日
フリガナ			
患者さん氏名	:	(男・女)	自署又は押印
生年月日	:	年	月 日
住所	:		
代理人記載の場合			
代理人氏名	:		
続柄	:		

《かかりつけ医、医療機関記載欄》

説明した主治医名	:	(自署)	
医療機関名	:		
電話番号	:	FAX番号	:

『お願い』 この原本は、事務局（荒尾市民病院相談支援センター）へ提出してください。

◎この説明同意書は、コピーを2部行い1通は貴院にて保管してください、残りの1通は患者さんに、本人保管用としてお渡しください。

◎カルテの参照等が至急必要な場合はその旨連絡のうえ、この説明同意書を事務局へファックスしてください。その後必ず原本を提出してください。

事務局確認	責任者確認