様式②

荒尾市立有明医療センター　地域医療連携システム（通称：ありあけネット）
説明同意書

荒尾市立有明医療センター　荒尾市病院事業管理者　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等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（荒尾市立有明医療センター　患者サポート・医療連携室）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 FAX 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