

## 市立池田病院地域医療連携ネットワークシステム説明同意書 (兼登録完了報告書)

情報公開病院 市立池田病院 病院長 様

私は、下記の医師または歯科医師から地域医療連携ネットワークシステム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た上で、下記医療機関において私の診療情報が私の受ける診療に活用されることに同意します。

<患者様記入欄>

同 意 日	平成 年 月 日												
(ふりがな)													
患者様氏名	(自署)	男・女	(旧姓: )										
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日												
(代理人記入の場合: 代理人氏名)		続柄											
市立池田病院 診察券番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> ※お判りであればご記入下さい												

<かかりつけ医療機関記載欄>

説明者氏名

(自署)

医療機関名

\*コピーを2部行い、1通は**貴施設控え**として保存し、1通は**患者様控え**としてご本人へお渡しください。**原本**は市立池田病院地域医療連携室へFAXのうえ、送付してください。

<提出先>

市立池田病院 地域医療連携室  
〒563-8510  
大阪府池田市城南3丁目1番18号  
電話: 072-754-6379  
FAX: 072-754-6380

受 付	公開設定	報告完了
/	/	/