

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、下記の薬剤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調剤、服薬指導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="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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
/	/	/