宛先）市立池田病院　地域医療連携室 様式５

**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 | 令和　　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・令和　　　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 | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  | ※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

受　　付

公開設定

報告完了

〒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