

## 診療情報地域連携システム参加同意書

連携希望先施設名 \_\_\_\_\_

上記施設における患者番号  
(分かる場合) \_\_\_\_\_

情報管理責任者様

私は、以下の説明担当者から診療情報地域連携システムに関する説明並びに説明文書の交付を受け、その目的利用方法等を理解しましたので私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

患者記載欄			
同意年月日	年 月 日		
ふりがな			
氏名(自署)			
生年月日	年 月 日		
代理人による記載	代理人氏名(自署)		続柄

申請施設記載欄			
申請施設名		FAX番号	
説明担当者 氏名(自署)		部署	
患者ID番号	申請施設におけるID番号等を記載してください。		

原本は説明し同意を得た施設が保管することとします。

コピーを1部患者様へお渡しください。

連携先医療機関へはFAX、郵送、患者持参のいずれかの方法で送付してください。  
FAX送信及び郵送される場合は「診療情報地域連携システム参加同意書送信(送付票)」とともに送信(送付)してください。