

名鉄病院地域医療連携ネットワークシステム

⑨同意書

名鉄病院 病院長 殿

私は下記のかかりつけ医から、名鉄病院地域医療連携ネットワークシステム（以下、「名鉄メディカルネット」という。）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ましたので、かかりつけ医による「名鉄メディカルネット」経由の診療情報の参照に同意します。

【患者さん記載欄】	
	記入日 西暦 年 月 日
フリガナ 患者氏名	(自署) 男・女
生年月日 年 月 日	
(代理記載の場合：代理者氏名	(続柄))

【かかりつけ医記載欄】	(この同意書を記入する際に撤回届けにもご記入下さい)
	記入日 西暦 年 月 日
医療機関名 :	
かかりつけ医氏名 :	
かかりつけ医診察券番号 :	
名鉄病院診察券番号 :	

※コピーを2部行い、1通は〈かかりつけ医用〉として貴院にて保存し、残りの1通を〈患者さん本入用〉としてお渡し下さい。お手数ですが原本は名鉄病院地域医療連携室へ郵送または患者さんに診療情報提供書（紹介状）と同封してお持ちくださるようご案内下さい。

【送付・問い合わせ先】

名鉄病院 医療支援センター 地域医療連携室

〒451-8511 名古屋市西区栄生 2-26-11

TEL : (052) 586-5755 FAX : (052) 586-5756