

様式第4号（第16条関係）患者同意書

豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステム患者同意書

豊橋市民病院 院長 様

私は下記の主治医から、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ましたので、下記の医療機関において、豊橋市民病院地域医療連携ネットワークシステムに参加することに同意します。

<患者記載欄>

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ 患者氏名： _____ 旧姓： _____ (自署) 男・女
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
住 所： _____
電 話： _____ - _____
(代理人氏名： _____ 続柄： _____)
豊橋市民病院へ受診されたことがありますか？ <u>はい・いいえ</u>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 「はい」とお答えいただいた方へ 豊橋市民病院の診察券に記載されている登録番号は わかりますでしょうか？ </div> →
※登録番号がわかれば下記に記入してください _____

<主治医記載欄>

説明した主治医氏名： _____
情報提供を受ける かかりつけ医療機関名： _____
所在地： 〒 _____
電 話： (_____) _____ - _____ FAX： (_____) _____

*本書原本は、豊橋市民病院患者総合支援センター・地域連携担当へFAX（0532-33-3037）送信後、郵送等にてご提出ください。控えが必要な場合は、本書の写しをかかりつけ医療機関にて保管してください。

(豊橋市民病院取扱欄)

<同意>

受 理 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

登 録 日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患 者 I D： _____

受付者	作業者