## **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？　　　はい　・　いいえ**

**「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？**

※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

事務局

医療情報課

患者総合支援センター

地域連携担当

処理日： 年 月 日

患者ＩＤ：

＊本書原本は医療情報課にて保管