**地域医療連携ネットワーク参加同意書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　殿

□ 日本医科大学付属病院医療連携ネットワーク

□ 東京総合医療ネットワーク

　私は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（以下、本ネットワーク）に関する説明を受け、

　　　　（該当するものに✔をお願いします）

その目的及び利用方法などを理解しましたので、本ネットワークに参加し、私の診療情報が活用されることに同意します。

**＜患者記載欄＞**

同 意 日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　（自署）

大正・昭和

平成・令和・西暦

生年月日：　　　　　 　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

　　　　　〒　　　－

住　　所：

電話番号：　　　　　　（　　　　　　）

（代諾者記載の場合）代諾者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：

**＜医療機関記載欄＞**

説明担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

医療機関名：　日本医科大学付属病院　　　　　　　　　　　　　部署：　医療連携部門

紹介元（照会元）医療機関　　患者ＩＤ：

**＜紹介先（照会先）医療機関　患者ＩＤ記載欄＞**

　　　　　　　　　　　　　　患者ＩＤ：