**日本医科大学多摩永山病院医療連携ネットワーク参加同意書**

日本医科大学多摩永山病院長　　　殿

　私は医療連携ネットワーク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、日本医科大学多摩永山病院医療連携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）

明治・大正

昭和・平成

令和　西暦

生年月日：　　　　　 　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日

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

**＜医療機関記載欄＞**

説明担当者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部署：

**＜参加医療機関患者ＩＤ記載欄＞**

日本医科大学多摩永山病院　　患者ＩＤ：

参加医療機関　　　　　　　　患者ＩＤ：