

まほろば医療連携ネットワーク（まほろばネット）参加申込兼利用同意書

まほろば医療連携ネットワーク協議会 殿

私は、下記の説明担当者からまほろば医療連携ネットワーク（まほろばネット）に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的および利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用されることに同意します。

《患者さん記載用（自署）》

申込年月日：	令和	年	月	日	
フリガナ	：				
患者氏名	：	性別	男	・	女
生年月日	：	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日
住所	：	〒	電話番号		
まほろばネット同意書作成歴	：	なし	・	あり	
代理人記載の場合	：	代理人氏名	続柄		

《同意書取得施設記載用》

同意書取得施設名	：	患者 ID	：
電話番号	：	説明担当者（自署）	：
	<input type="checkbox"/>	済生会中和病院	患者 ID 有・無
	<input type="checkbox"/>	国保中央病院	患者 ID 有・無
連携医療施設名	<input type="checkbox"/>		患者 ID 有・無
	<input type="checkbox"/>		患者 ID 有・無
	<input type="checkbox"/>		患者 ID 有・無

原本は、同意書取得施設が保管するものとします。

コピーを一部患者さん本人へお渡しし、連携先施設に FAX で送信してください。

済生会中和病院：TEL: 0744-43-5001 FAX:0744-43-6625

国保中央病院： TEL:0744-32-8800 FAX:0744-32-5999

※至急登録の場合には FAX 送信後、連携先医療機関へ電話連絡をお願いいたします。