

三重医療安心ネットワーク参加同意書

三重県立総合医療センター院長 様 市立四日市病院院長 様
四日市羽津医療センター院長 様 同意取得施設院長 様

私は下記の説明担当者から、三重医療安心ネットワークに関する説明を受け、その目的及び利用方法などを理解しました。私の診療情報が、三重県立総合医療センター、市立四日市病院、四日市羽津医療センター、及び同意取得施設で共有されることに同意します。

また登録情報を三重県地域医療連携連絡協議会に提供されることにも同意いたします。

患者様記載欄				
同 意 年 月 日	年 月 日			
ふ り が な				
患者氏名（自署）	男・女			
生 年 月 日	年 月 日			
代理人記載の場合	代理人氏名（自署）		続柄	

同意取得施設記載欄（複数の連携医療機関がある場合それぞれ FAX 送信して下さい。）		
説明担当者（自署）		（部署 ）
施 設 名	（患者 ID : ）	

連携施設記載欄（施設名と患者 ID を補完し事務局へ FAX 送信して下さい。）	
施 設 名	（患者 ID : ）

※確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者 ID 番号を記載して下さい。

原本は説明し、同意を得た医療機関が保管するものとします。コピー一部を患者様本人へお渡しし、連携施設に「患者情報および医療連携システム同意書送信票」とともに FAX 送信して下さい。

※FAX 送信する施設にチェックを入れて下さい

- 三重県立総合医療センター (FAX:059-347-3511)
 市立四日市病院 (FAX:059-354-2214)
 四日市羽津医療センター (FAX:059-331-6004)