

# 患者情報および医療連携システム同意書送信票

年 月 日

御中

施設名：  
 担当：  
 TEL： (内線： )  
 FAX：

いつも大変お世話になりまして、誠にありがとうございます。  
 この度、別紙のとおり三重医療安心ネットワークでの貴院との情報共有の同意を得ましたので、  
 以下に記載の患者情報とともに送信いたします。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳)
患者住所	〒 -		
電話番号	( ) -		

診療科		主治医	
主病名			
がん連携	あり・なし	使用パス	

保険者番号	
記号	
被保険者氏名	
続柄	
有効期間	年 月 日～ 年 月 日

乳幼児・母子・障害・特定・老人	
負担	
公費負担番号	
受給者番号	
有効期間	年 月 日～ 年 月 日

負担割合	割
------	---

備考欄
-----

乳幼児・母子・障害・特定・老人	
負担	
公費負担番号	
受給者番号	
有効期間	年 月 日～ 年 月 日

このFAX送信票を連携先病院へ送信してください。  
 ※可能であれば連携先の患者IDを備考欄にご記入下さい。