三重医療安心ネットワーク参加同意書

三重大学医学部附属病院院長　様
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。
私の診療情報が三重大学医学部附属病院と＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿との間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（この同意書を記入する際に撤回届にもご記入下さい。）		
説明担当者（自署）		（部署　　）
情報開示施設名	三重大学医学部附属病院（患者 ID：　　）	
情報共有施設名	（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、三重大学医学部附属病院（FAX:059-231-5541）または情報共有施設に「患者情報および医療連携同意書送信票」とともに FAX 送信して下さい。