

年 月 日

## 診療情報地域連携システム参加口頭同意連絡（送付）票

施設名 \_\_\_\_\_ 御中

施設名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

下記患者様の地域連携にあたり、口頭同意を得、診療録等に記載しましたので、以下に記載の患者情報とともに連絡(送付)いたします。

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和
患者氏名	様			年 月 日
患者番号				
患者住所	〒 _____ 電話( ) _____			

参加登録 (Participant) もお願いします。 (必要な場合にチェック)