　　　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **診療情報地域連携システム参加同意書送信（送付）票** |

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

施設名　　　　　　　　　　　　　　　　担当

電　話

ＦＡＸ

下記患者様の地域連携にあたり、この度、別紙のとおりシステムへ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(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(　　　　)　　　－ | | | | |
| 主治医・薬剤師  （いずれかを○で囲んで下さい） | |  | | | |