

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 _____

F A X _____

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)				