

年 月 日

豊川市民病院院長様

医療機関名
担当医師自署
(利用者 ID 取得者であること)

豊川市民病院地域医療連携システム閲覧申込書

私は、下記のとおり同意を得ましたので、豊川市民病院地域医療連携システムにて当該患者の診療情報を閲覧することを申し込みます。

【患者記入欄】

私は、上記医療機関より豊川市民病院地域医療連携システムに関する説明を受け、その目的及び利用方法を理解しましたので、私の診療情報が上記医療機関で閲覧できることに同意します。

フリガナ		生年月日	
患者氏名 (自署)	男 女	年	月 日
患者住所			
代理者氏名 (自署)		続柄	
豊川市民病院患者 ID (7桁)			
閲覧側医療機関 患者 ID (診察券番号) ※ ID の先頭に「0」が含まれる場合は 省略しないでください。			

※未成年又は意思表示が困難な場合は、家族により患者氏名・代理者氏名・続柄の記載をしてください。

-
- ・豊川市民病院へ本書のFAX送信をして下さい。
FAX番号：0533-89-5108
 - ・本書の原本は、閲覧側医療機関で保管してください。