



FAX : 011-711-1049

## 札幌医療情報共有システム協議会 同意書・申込書

札幌医療情報共有システム協議会 御中

私は、下記の担当者から「札幌医療情報共有システム協議会」に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の診療情報が共同診療に活用される事に同意し、その接続を申し込みます。

### 【患者記載欄】

平成 年 月 日

フリガナ		男 ・ 女	生年月日
患者氏名 (自署)			明・大・昭・平
			年 月 日 歳
患者住所		TEL( ) -	
(代理人記載の場合・代理人氏名:		続柄 : )	
<small>※代理署名の場合には上記に記載して下さい。 (2親等以内:兄弟姉妹、祖父母、孫)</small>			

### 【紹介元記載欄】

説明担当者		部署もしくは職種	
医療機関名		患者ID番号	

天使病院の受診歴: 有 ・ 無

※原本は説明・同意を得て、申込書を受領した医療機関が保管・管理するものとします。

患者さんもしくはご家族へコピーを一部渡して、この申込書を事務局へFAXして下さい。

### 【事務局記載欄】

接続先 医療 機関名		患者ID番号	
		患者ID番号	
		患者ID番号	

作成日 平成25年3月18日

札幌医療情報共有システム協議会 事務局