

千葉県済生会習志野病院 地域医療連携ネットワークシステム

# 利用同意書

千葉県済生会習志野病院 病院長殿

私は、千葉県済生会習志野病院地域医療連携ネットワークシステムについて下記の主治医より説明を受け、その内容を十分に理解しました。このうえで、地域医療連携ネットワークシステムに参加することに同意します。なお、本利用同意書の写しを受け取りました。

<患者さん記入欄>

同意日	年	月	日
(ふりがな)			
氏名	(自署)	性別	男・女
生年月日	年	月	日
代理人 (代理人記載の場合のみ)	続柄		

<連携医療機関記入欄>

説明者氏名			
医療機関名			
電話番号		FAX番号	

※コピーを2部お取りください。

(原本) 紹介状と一緒に封筒に封印していただくか、医療連携室宛てに送付ください。

(コピー1枚目) 貴院にて保管ください。

(コピー2枚目) 患者さんご本人に控えとしてお渡しください。

【お問い合わせ先】

千葉県済生会習志野病院 医療連携室

〒275-8580 千葉県習志野市泉町1-1-1

(TEL)047-473-1281 (代表) (FAX)047-473-1286

-----< 習志野病院使用欄 >-----

(処理)

受理日	登録日	台帳記入	スキャナ

(医療連携室保管)