



FAX : 011-685-2908

I T機器を用いた(総合コミュニケーション)医療連携研究会 (TMN I T)地域医療連携ネットワークシステム同意書・申込書

I T機器を用いた(総合コミュニケーション)医療連携研究会(TMNI T)会長 御中

私は、下記の説明担当者から「I T機器を用いた(総合コミュニケーション)医療連携研究会(TMNI T)地域医療連携ネットワークシステム」に関する説明ならびに説明文書の交付を受け、その目的およ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 (自署)】

平成 年 月 日

フリガナ		男	生 年 月 日
患者氏名		・	明・大・昭・平
		女	年 月 日 歳
患者住所			TEL() —
(☐ 代諾者/ ☐ 代理人) (氏名： 続柄：)			
※代諾若しくは代理署名の場合には上記に記載して下さい			

【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 I D 番号	

- ・手稲 湊 仁 会 病 院 の 受 診 歴 : 有 り 無 し
- ・手稲 湊 仁 会 クリニックの受診歴 : 有 り 無 し

※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、この申込書を患者サポートセンターへFAXして下さい。

【事務局記載欄】

接続先 医療 機関名	・	患者 I D 番号	
	・	患者 I D 番号	
	・	患者 I D 番号	