

大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携システムにかかる
同意書

大阪急性期・総合医療センター 総長 様

私は、下記の医師から大阪急性期・総合医療センター診療情報地域連携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、私の診療情報を下記の医療機関において同システムを用いて閲覧されることに同意します。

患者記入欄			
同意日	平成 年 月 日		
ふりがな			
氏名	(自署をお願いします)	男 女	旧姓
生年月日	M・T・S・H 年 月 日		
代理人記載の場合	代理人氏名	法定代理人・任意後見人	
大阪急性期・総合医療センターの診察券番号(8桁)			

※代理人は、法定代理人がいる場合には法定代理人、診療契約に関する代理権が付与されている任意後見人となります。

医療機関記入欄	
医療機関名/コード	(医療機関コード[7桁])
説明担当医師名	(自署をお願いします)
患者番号 (貴施設での番号)	(前にゼロがついているときは、省略せずにゼロも記入してください)

※コピーを2部行い、1部は保管、もう1部は患者さんへお渡しください。原本は大阪府立急性期・総合医療センター地域医療連携センターへ郵送してください。

※同意取得の際に「同意撤回届」の医療機関記入欄にも記入し、必ず「同意撤回届」原本を患者さんへお渡しください。

<提出先> 大阪急性期・総合医療センター 地域医療連携センター
〒558-8558 大阪市住吉区万代東3丁目1番56号 TEL 06 (6606) 7014 FAX 06 (6693) 4143

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日