

大阪公立大学医学部附属病院 地域医療情報連携ネットワーク

同意書

大阪公立大学医学部附属病院
病院長 様

私は、以下の医師から大阪公立大学医学部附属病院地域医療情報連携ネットワークについて説明ならびに説明文書の交付を受け、当ネットワークの目的および利用方法等を理解しました。ついては、私の診療情報を以下の医療機関において当ネットワーク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	西暦 年 月 日
患者氏名 (自署)	(ふりがな) 男 女
生年月日	西暦 年 月 日
大阪公立大学医学部附属病院の診察券番号 (お持ちの方)	

ご家族の代筆でも構いません。

-----以下は医療連携登録医の先生が記入、対応をよろしく願いいたします。-----

医療連携登録医記入欄	
医療機関名	
説明医師氏名	

対応
お
願
い
し
ま
す

- ※大阪公立大学医学部附属病院の予約取得時に「診察申込書」と一緒に FAX してください。
コピーを 2 部行い、1 部は貴院にて保管、もう 1 部を患者さんに紹介状と一緒に
お渡しください。
原本はお手数ですが以下へ郵送してください。
- ※同意書取得の際に「同意撤回書」の医療連携登録医記入欄にも記入の上、「同意撤回書」
原本を必ず患者さんへお渡しください。

<同意書 (原本) の郵送先>
大阪公立大学医学部附属病院 患者総合支援センター 地域医療連絡室
〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7 TEL06-6645-2121 (代表)

(地域医療連絡室記入欄) 受付日： 年 月 日 / 登録日： 年 月 日