

【医療機関さまへ】

患者さん記載欄（自署）に記入漏れがないか確認し、ばんだね病院へFAX送信ください。10分程度で閲覧できます。

FAX 送信先 052-323-5726

藤田医療情報ネットワーク 意思確認書

藤田医科大学ばんだね病院 病院長殿

「藤田医療情報ネットワーク」での診療情報の参照に関する説明、並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、私の診療情報が連携医療機関に活用されることに同意します。

【患者さん記載欄（自署）】 年 月 日

■患者氏名： _____ ■性別： 男 ・ 女

■生年月日：大正・昭和・平成・令和 年 月 日

■代理人記載の場合 代理人氏名： _____ 続柄： _____

※代理人：代理で承諾される場合（ご家族・ご親族までとしてください。）

代筆：患者さんご本人が承諾して記載できない場合

【連携医療機関さま】

連携医療機関名： _____

※ばんだね病院記載欄

登録日： _____ 登録担当者： _____

患者ID： _____