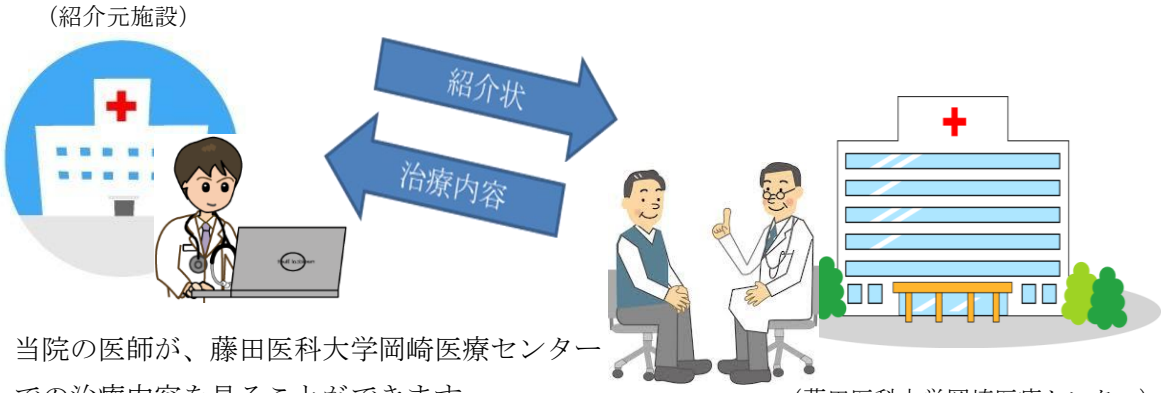
藤田医療情報ネットワークへの参加意思確認書

紹介元施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（紹介元施設の患者 ID：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）



当院の医師が、藤田医科大学岡崎医療センターでの治療内容を見ることができます。

（診療記録・処方・注射・検査結果・画像・サマリーなど）

藤田医科大学岡崎医療センターで患者さんが受けている治療の内容を、当院の医師が知り続けるようにすることができます。このサービスを希望しますか？

年　　月　　日

希望します　・　希望しません　（どちらかに〇）

ふりがな

■患者氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■生年月日　：　　年　　月　　日

■代理人署名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

詳しいことは別紙、「藤田医療情報ネットワーク岡崎説明書」をご覧ください。このサービスは、いつでも受けることを中止できます。

こちらの用紙は FAX にて下記連絡先までお送りください。
原本は診療情報を閲覧する貴院での保管をお願いいたします。

□事務局取扱欄

登録日：　　年　　月　　日　　登録担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿

患者 ID(藤田医科大学岡崎医療センター)：＿＿＿＿＿＿＿＿

藤田医科大学岡崎医療センター　医療連携室

TEL：0564-64-8200　FAX:0564-64-8194