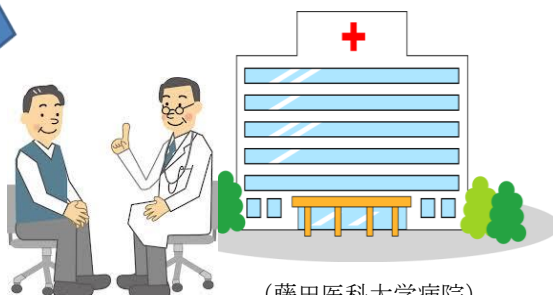




藤田医療情報ネットワークへの参加意思確認書

(患者 ID: _____)

(紹介元施設)



(藤田医科大学病院)

当院の医師が、藤田医科大学病院での
治療内容を見ることができます。

(処方・注射・検査結果・画像・サマリーなど)

藤田医科大学病院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○)

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(藤田医科大学病院): _____

藤田医科大学病院 地域連携室
TEL:0562-93-2995 FAX:0562-93-3666