

大阪病院ネットによる診療情報共有に関する利用同意書

独立行政法人 地域医療機能推進機構 大阪病院
病院長 様

私は下記の主治医から、JCHO大阪病院地域医療連携ネットワークシステム（大阪病院ネット）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、下記医療機関において私の診療情報が私の受ける共同診療に活用されることに同意します。

<患者さま記載欄>

同意日	西暦	年	月	日
患者氏名	(ふりがな)			
生年月日	西暦	年	月	日
同意者	本人 ・ 代理者 (どちらか○で囲んでください)			
代理者氏名			続柄	
大阪病院受診歴	なし ・ あり (ID番号：)			

<かかりつけ医・紹介元記載欄>

説明をした主治医氏名 _____ (自署)

医療機関名 _____

※コピーを2部行い、1部は貴院にて保管、もう1部を患者さんにお渡しください。

同意書の原本はFAX後、紹介状に同封していただくか、JCHO大阪病院地域医療連携室までご郵送ください。

※同意書取得の際に「同意撤回書」の<かかりつけ医記載欄>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。

送信先FAX番号：06-6441-0512

同意書（原本）郵送先：〒553-0003 大阪市福島区福島4-2-78

JCHO大阪病院 地域医療連携室

(地域医療連携室記入欄) 受付日： 年 月 日 / 登録日 年 月 日