

# 大牟田市立病院 地域医療連携システム（通称:ありあけネット）

## 説明同意書

地方独立行政法人大牟田市立病院 院長 殿

私は下記の主治医から、地域医療連携システム(ありあけネット)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地域医療連携システム(ありあけネット)に参加し、同意します。

<患者さま記載欄>

令和	年	月	日
ふりがな.....			
患者さんの氏名：		男 ・ 女	(自署)
明治 ・ 大正 ・ 昭和			
生年月日：		平成 ・ 令和	年 月 日
住 所：			
代理記載の場合：代理者氏名		続柄：	

<かかりつけ医・医療機関記載欄>

説明した主治医氏名：		(自署)
紹介元医療機関名：		
電話番号：	FAX 番号：	

原本は、医療機関から事務局（大牟田市立病院 患者総合支援部）へ郵送してください。

2部コピーし、1通はかかりつけである貴院に保存し、残り1通は患者さんにお渡しください。

カルテ参照を急ぐ場合はこの説明同意書を事務局へ FAX：0944-53-6948 した後に原本を郵送してください。

事務局受付日	確認 FAX 送信日
日付 /	日付 /