

※同意書は記載されましたら必ず原本を大阪はびきの医療センターへ送付してください。

大阪はびきの医療センター地域診療情報連携システムにかかる
同意書

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター 院長 様

私は、下記の医師から大阪はびきの医療センター地域診療情報連携システムに

必ず、患者ご本人に記入してもらってください。記入できない状態（まひ等）は代理人に記載してもらってください。

※代理人記載の場合は代理人氏名を必ず記載してください。

その目的および利用方法などを理解
関において同システムを用いて閲覧

説明を受け、同意した日

同意口	和 年 月 日		
ふりがな			
氏名	(自署をお願いします)	男	旧姓
生年月日	M・T・S・H・R 年		
代理人記載の場合	代理人氏名	法定代理人・任意後見人	
大阪はびきの医療センターの診察券番号（6桁）			

代理人記載の場合、必ず氏名、続柄を記載してください。

※代理人は、法定代理人がいる場合には法定代理人、診療契約に関する代理権が付与

貴院名、医療コードを記入
または押印してください。

医療機関記入欄	
医療機関名/コード	(医療機関コード[7桁])
説明担当医師名	(自署をお願いします)
患者番号 (貴施設での番号)	(前にゼロがついているときは、省略せずにゼロも記入してください)

患者さんに説明された
医師が直筆で記載して
ください。

※コピーを2部行い、1部は患者さんへお渡しください。原本は大阪はびきの医療センター地域医療連
携室へ郵送してください。

※同意取得の際に

貴院での診察券番号を記載してください。
当センターの患者番号と紐付けを行い、システムで
閲覧する際に、貴院の患者番号にて検索を可能にし
ます。

<提出先> 大阪	〒583-8588 入	957) 8051
----------	-------------	-----------

【事務局取扱欄】

受理日： 年 月 日 登録日： 年 月 日
受理者： 登録者：