医療情報連携不同意届

JA愛知厚生連海南病院 病院長　殿

私の海南病院での医療情報が他の医療施設で利用されることには同意しません。

＜患者記入欄＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入年月日 | （西暦） 　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | |
| フリガナ  ご氏名（署名） | 男　・　女 | | | |
| 生年月日 | （西暦）　　　　 年　 　　　月　 　　　日 | | | |
| 代理人氏名（署名） |  | | 続柄 |  |
| 海南病院の診察券の番号をご記入ください | |  | | |

|  |
| --- |
| □　全ての医療機関に対して公開を希望しない |
| □　医療機関を限定して公開を希望しない  　　医療機関名： |

**※この不同意届は、海南病院　地域医療連携センターへ持参または郵送して下さい。**

〒498-8502　愛知県弥富市前ケ須町南本田396

**海南病院　地域医療連携センター**

TEL：0567-65-2511（内線 6300）

　　　FAX：0567-67-2975

受付：月～金（休診日を除く）8時30分～17時00分

以下　海南病院　記入欄

**上記患者さんは医療情報連携には同意されませんでした。**

地域医療連携センター

日付

　　　　年

　　月　　日

係