※別紙3枚複写用紙にご記入ください。

「くまもとクロスネットシステム」閲覧同意書

熊本赤十字病院長　様

私は、熊本赤十字病院の地域医療連携ネットワーク「くまもとクロスネットシステム」に関する説明を受け、その目的や利用方法などを理解したうえで、熊本赤十字病院における私の診療情報が閲覧されることに同意します。

患者さんご記載欄

令和　　年　　月　　日

　　　　　　ふりがな

患者さんの氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）　男・女

生年月日　明治・大正・昭和・平成・令和　　　　　年　　　月　　　日

（代理者記載の場合）

代理者氏名

続柄

閲覧施設記載欄

主治医氏名

医療機関（施設）名

くまもとクロスネット利用者ＩＤ

閲覧施設患者さんＩＤ

この説明同意書はコピーを２部行い、１部は貴院に保管いただき、もう１部は患者さんへお渡し

ください。原本は熊本赤十字病院医療連携室あてご郵送ください。

可能であれば先に医療連携室へFAX（096-213-7399）してください。