

※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。