

別紙（第13条関係） 共有設定申込書（医療介護機関⇒八尾市立病院 用）
八尾市立病院 病診薬連携システム 共有設定申込書

私は、下記の者から八尾市立病院病診薬連携システム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、私の診療情報が自分の治療・介護に活用されることに同意したので申し込みます。

＜説明者・説明施設＞

説明者氏名	(自署)		
八尾市立病院 診察券番号			
施設名	電話番号		
	FAX番号		

＜共有患者様＞

申し込み日	令和 年 月 日		
(ふりがな)			
患者様氏名	(自署)	男・女	(旧姓：)
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日		
(代理人記載の場合：代理人氏名)		続柄	

*コピーを2部行い、1通は八尾市立病院地域医療連携室へ送付（FAXを含む）してください。原本は貴施設に保存し、残りの1通を患者さん本人用へお渡しください。

＜提出先＞

八尾市立病院 地域医療連携室

〒581-0069

大阪府八尾市龍華町一丁目3番1号

電話 072(922)0887 FAX 072(922)8167

受付	公開設定	スキャナ	保管