

在宅療養後方支援病院登録参加申込み兼同意書

私は、下記かかりつけ医より社会福祉法人恩賜財団済生会中和病院における「在宅療養後方支援病院登録」に関する説明を受け、その目的および利用方法などを理解しました。登録に同意すること、また私の診療情報がかかりつけ医と済生会中和病院が共有し共同診療に活用されることを了承します。

患者さん記載欄（自署）

申し込み年月日	西暦	年	月	日
ふりがな 患者氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
住所	〒	電話番号：		
代理人記載の場合	代理人氏名：		続柄：	

同意書取得施設名

医師名（自署）
