

「HAT 神戸クロスネット」 説明 同意書

神戸赤十字病院 院長 様

私は下記の主治医から、HAT 神戸クロスネット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、下記病院・医院・診療所などにおいてHAT 神戸クロスネットに参加し、私の診療情報が私の受ける診療に活用されることに同意します。

<患者さま記載欄> (この同意書を撤回される場合は裏面に記入して提出して下さい)

令和      年      月      日
ふりがな : .....
患者さまの氏名 : _____ 男      ・      女      (自署)
生 年 月 日 : <u>大正・昭和・平成・令和</u> 年      月      日
(代理者記載の場合 : 代理者氏名 _____ 続柄 _____ )

<かかりつけ医・紹介元記載欄>

紹介元医療機関名 : _____
説明された医師名 : _____
TEL : _____ FAX : _____
連携希望病院名 : ■ 神戸赤十字病院 (患者ID番号 : _____)

原本(様式1)は下記の地域医療連携室へFAX・郵送してください。  
コピーを2部とり、それぞれかかりつけである貴院と患者さま用としてお渡してください。

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-1  
神戸赤十字病院 地域医療連携室  
TEL : (078) 241-9261  
FAX : (078) 241-9265

受付日 :	令和      年      月      日
受付者	