



【患者情報】【必須】

申請日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

ふりがな		性別	男	・	女				
氏名		生年月日	明治	・	大正	・	昭和	・	平成
			年		月		日		
住所	〒 _____								
	(☎ _____)								

※ 患者本人以外に連絡を希望される場合はご記入ください。

氏名	(本人との関係)	患者本人以外の連絡先	〒 _____
			(☎ _____)

【医療機関・事業所記入欄】【必須】 この欄は施設の方にご記入いただいでください。 ※ゴム印可

担当者名		施設名	
住所	大阪市西淀川区 (☎ _____)		

【同意方法】【必須】

本申請書で登録する内容及び診療情報の閲覧に関して、「一括同意」・「個別同意」のどちらかに✓を入れてください。

一括同意 「に~よん医療ネット協議会」に参加する全ての医療機関・事業所の閲覧に同意する。

個別同意 本申請書で登録した医療機関・事業所の閲覧にのみ同意する。

【登録施設名】 「に~よん医療ネット協議会」に参加する施設一覧から登録施設名とコードをご記入ください。

1	2	3
[コード : _____]	[コード : _____]	[コード : _____]
4	5	6
[コード : _____]	[コード : _____]	[コード : _____]

【申請者署名欄】【必須】

私は、本申請書で登録する情報及び診療情報を、登録した閲覧の範囲において、本システムの関係者が確認すること、在宅医療や入退院に利用することに同意します。

平成 年 月 日

署名 _____

※申請者が患者本人以外の場合(本人との関係: _____)