ゆけむり医療ネット事務局　行

FAX　26-4001

「ゆけむり医療ネット」参加申込書・同意書（新規）

この参加申込書・同意書は、「ゆけむり医療ネット」において、患者の皆様への最良な医療を提供するために、「ゆけむりあんしんパレット」「ゆけむり医療カード」を使って、事業参加の医療機関、薬局が保有する患者様の氏名、調剤実施情報、あるいは予防接種の情報を、「ゆけむり医療ネット」（地域医療連携ネットワーク）を経由して、薬局が薬を調剤して服薬指導をするために、また薬局が調剤した薬の情報を医療機関が処方時の参考にするため、また医療機関が予防接種を行う上での安全性を確保するために提供することを承諾するためのものです。

また、「ゆけむり医療ネット」を使って紹介先の病院で行った治療や検査の内容をかかりつけ医でも参照することに同意をいただくことで、専門病院での治療や検査の進行状況がわかり、また退院後の患者の皆様の治療や結果の説明に役立てることが出来ます。

なお、上記に掲げる利用目的についての同意及び留保は、患者の皆様へのよりよい医療等を提供する上で、支障のない合理的な範囲で、お申し出によりいつでも変更することが可能です。

記入日

年　　月　　日

（記入欄）

フリガナ 氏　名	利用医療機関
	診察券の番号
生年月日 明治　大正 昭和　平成　令和　　年　　月　　日	ゆけむり医療カード番号
電話番号（自宅） ―　　―	性別 男　女
郵便番号 ―	住所

①

（ゆけむり医療ネット事務局使用欄）

ICカード二重交付チェック

（医療機関使用欄）

受付日付印