

診療情報の提供について

緊急時にそなえて他の保険医療機関等と連携して在宅医療を行います。
そのため、あらかじめ患者様の病状、治療計画、直近の診療内容など緊急の対応に必要な診療情報を、連携する保険医療機関等（連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション）に提供いたしますのでご了承ください。

医療機関名
住 所
医師 氏名

上記の診療情報提供に同意致します。

住 所
氏 名
代理人氏名

(続柄)