

## 記入例

みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会に加盟する全ての連携医療施設・介護福祉施設間において、あなたの情報を共有してよろしければ、以下にご記入をお願いします。

施設名	☆☆病院	診察券番号 (ローカルID)	1 2 3 4 5 6 7
-----	------	-------------------	---------------

※以下の緑の太枠内にご記入ください

申込年月日	平成 30年 4月 1日
フリガナ	ミヤギ タロウ
氏名	宮城 太郎
生年月日	大正・昭和・平成 20年 1月 1日
住所	〒 999-1234 宮城県仙台市青葉区青葉 1-1-1
カードの送付先が異なる場合	〒
電話番号	11-2222
性別	男・女

赤字の例を参考に、緑枠内の全てにご記入ください。

※【カードの送付先が異なる場合】【代理記載の場合】は必要に応じてご記入下さい

## 施設記入欄

この欄は記入不要です

担当医師	説明担当者
------	-------

## 通院先（病院・診療所・薬局・介護施設など）

通院先	診察券番号	備考
〇〇病院	1 3 5 7 9	
△△診療所	2 4 6 8 0	
□□薬局		
××介護		

通院歴のある施設をご記入ください。

MMWIN参加施設の場合⇒施設間で診療情報が共有されます  
MMWIN未参加施設の場合⇒ご要望として承ります

※診察券番号欄について、薬局、介護施設は記入不要です

※可能でしたら診察券のコピーを添付下さい

※登録手続きにはお時間をいただく場合や手続きができない場合もございます

※共有される診療情報の期間は各施設で異なります

## メモ欄

## 事務局

受付  
( / )

この欄は記入不要です