

FAX 送付先（公開先）

医療機関名：

（公開病院→参照施設向け）

様式 D

宇部・山陽小野田・美祢圏地域医療連携情報ネットワーク （さんさんネット）

同意取得済み患者公開依頼書

山口大学医学部附属病院 山口労災病院 宇部興産中央病院

院長 殿

さんさんネットに関する説明及び同意説明書を交付し、その目的及び利用方法など了解を得たので、下記の医療機関に公開します。

依頼年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者さん情報欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名	様 (旧姓： _____)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	歳	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日
住所	〒 _____ 旧住所： _____	電話番号： _____ 旧電話番号： _____		
<input type="checkbox"/> 下記参照医師にのみ公開する				

公開医療機関記入欄			
※ 公開医療機関	<input type="checkbox"/> 山口大学医学部附属病院 <input type="checkbox"/> 山口労災病院 <input type="checkbox"/> 宇部興産中央病院		
※ 公開医師		TEL	
		FAX	
説明者	<input type="checkbox"/> 公開医師に同じ (部署)	<input type="checkbox"/> 至急閲覧及び回答必要 (氏名)	
※ 参照医療機関		※ 参照医師	
診療科	※参照医療機関が病院の場合は、 参照医師の所属診療科をご記入ください。		

- ①同意書の運用方法については、さんさんネット利用手順を確認してください。
 - ②同意取得の際に同意撤回届とあわせて記入し、同意書はコピーを、同意撤回届は原本を患者さんへお渡しください。
 - ③公開医療機関名：チェックを入れてください。 **「※」必ずご記入ください。**
 - ④診療情報の公開は原則診療科単位です。
- ※この用紙を病院連携室に F A X、原本は自院で保管してください。

さんさんネット（宇部・山陽小野田・美祢圏域地域医療連携情報ネットワーク）

同意撤回届

（同意書の提出時に必要箇所を記載して患者さんへお渡しください）

山口大学医学部附属病院 山口労災病院 宇部興産中央病院 院長 殿

私は、上記医療機関における私の診療情報をかかりつけ医に開示することを認める同意書を宇部・山陽小野田・美祢圏域地域医療連携情報ネットワークシステムに提出していましたが、この同意を撤回します。

<かかりつけ医記載欄>（同意書提出時に記載してください）

主治医氏名： _____ ID 番号 _____
医療機関名（スタンプ可）

<患者記載欄>（同意を撤回する際に記載してください）

平成 年 月 日
ふりがな： _____ 明治・大正
氏 名： _____ 生年月日： 昭和・平成 年 月 日 歳
住 所： _____
代理人の場合： _____ 続柄： _____

<同意撤回届の提出は同意書を提出した「かかりつけ医」もしくは下記「さんさんネット運用会議事務局」までお願い致します>