

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)
包括同意に基づく依頼書

患者本人が意向確認をすることが困難な状態にあることから、包括同意に基づき診療情報の閲覧を許可してください。

なお、当該患者の診療情報の有無を、〈通信欄〉に記載して返送してください。

おって、本人の意向が確認できるようになった時点で、改めて本人から同意の可否について確認し、同意が得られた場合は「同意書」を、得られなかった場合は「同意撤回届」を送付します。

〈包括同意に基づく同意書の送付先〉

山口大学医学部附属病院
FAX:22-2474

山口労災病院
FAX:81-5007

宇部興産中央病院
FAX:51-9454

※該当する病院の□に✓を入れてください。

〈主治医記載欄〉

同意年月日： 年 月 日

医療機関名： _____

主治医氏名（自署）： _____

〈患者情報欄〉

ふりがな： _____

氏名： _____

住所： _____

(旧住所： _____)

生年月日： 明治・大正 昭和・平成 年 月 日 (歳)

性別： 男 ・ 女 血液型 _____

その他 _____

〈通信欄〉

包括同意に基づき依頼のあった患者に関する診療情報の有無 (有 ・ 無)

※該当する方を○で囲んでください。