

FAX 送付先（公開先）

医療機関名：

（公開病院→参照施設向け）

様式 E

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

私は、さんさんネットに関する説明及び同意説明書の交付を受け、その目的及び利用方法などを理解しましたので、私の医療情報が下記の医療機関で利用されることに同意します。

同意年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

患者さん記入欄				
フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名 (自署)	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	〒 _____		電話番号: _____	
	旧住所: _____		旧電話番号: _____	
代筆による記載	代筆者名 (自署): _____		続柄	
<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) _____ (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。		

- 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。
 - 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。
 - 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。**
 - 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FAX、原本は自院で保管してください。

様式 F

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）

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>

さんさんネット運用会議 事務局

〒755-0072 宇部市中村3丁目12番54号 TEL 0836-39-8399 FAX 0836-39-7406