（医療と介護連携用） 　　　　　　　　　　　　　　　　　様式Ｇ

**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（さんさんネット）**

**同　意　書**

　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。

また、下記参照医療機関の医師が必要と認めた施設が閲覧す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 | 様  （旧姓：　　　　　） | | □ 男性  □ 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 |  | |
| 公開病院の患者ID | | ※本人確認のためにできる限りご記入ください。 | | | □　参照医師にのみ公開する | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参　照　医　療　機　関　記　入　欄 | | | |
| **※ 医療機関名** |  | | | |
| 医療機関所在地 |  | | | |
| 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。 | | | |
| **※　参照医師** |  | TEL |  | |
| FAX |  | |
| 説明者 | □　参照医師に同じ  （部署）　　　　　　　　　　　　　　（氏名） | | |
| 患者のID番号  (自院のカルテ番号) |  | | |

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医療機関名/所在地：スタンプ可　　**「※」　必ずご記入ください**

④診療情報の公開設定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。

**【FAX送付先】**

**さんさんネット運用会議事務局　　FAX：０８３６－３９－７４０６**