

堺市地域医療情報ネットワークシステム公開依頼書

公開施設 ご担当者 様

堺市地域医療情報ネットワークシステムの利用について、患者さんから了承を得られましたので情報公開をお願いします。

※は必須 本人以外のご家族等に説明を行った場合は代理人の氏名、続柄等記載をお願いします。

公開依頼対象患者				
※ 氏 名	フリガナ	※性別	男性 ・ 女性	
	(旧姓:)	※生年 月 日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
※ 住 所	〒			
	※電話番号		携帯電話	
本人以外の 代理人への説明	氏名	(続柄)		
	電話番号		携帯電話	

患者説明者				
※ 説明者	※説明日	年 月 日		
	※施設名	長山整形・内科		
	※担当者 氏名	長山正/長山郁恵/坂谷彰哉	※連絡先 電話番号	072-223-7675 072-242-6734 (FAX)
備 考	今通っている病院、以前通われたことのある病院に ☒ をしてください ☐ 浅香山病院 ☐ 馬場記念病院 ☐ 大阪ろうさい病院 ☐ ベルランド総合病院 ☐ 堺市立総合医療センター ☐ 耳原総合病院 ☐ 堺平成病院			

◎ 依頼書は公開先の病院いずれかの地域連携室に F A X してください。※通常の公開設定は平日であれば翌々日中、休日を挟む場合は休日明けの翌々日中となります。公開をお急ぎの場合は、FAX を送った病院に電話にてご連絡ください。

◎ 患者さんが同意書を求めた場合は、様式第 8 号堺市地域医療情報ネットワークシステム同意書を患者さんに記載してもらい、同意書を FAX してください。