

(様式 A5)

地域連携ネットワークシステム「臨海ネット」
登録患者削除申請書

東京臨海病院 病院長 殿

【申請者】

医療機関名 _____

ユーザID _____

利用医氏名 _____

現在私が閲覧できる患者のうち、以下の患者の登録削除を申請します。

【削除対象患者氏名】

ふりがな
患者氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 _____

削除理由(該当番号に○をつけてください)

- 1 現在は通院されておらず、カルテ情報を閲覧する必要がなくなった
- 2 当該患者さんが死亡された
- 3 その他()

※内容を記載のうえ、下記までFAX または郵送ください。

※患者さんの希望により削除する場合は、別途 様式 A8 臨海ネット同意撤回届をご使用ください。

(東京臨海病院記載欄)

担当者名 _____ ㊞

TEL _____

【事務局】 〒134-0086

東京都江戸川区臨海町 1-4-2

東京臨海病院 医療連携室

(電話)03-5605-8811(代表) (FAX)03-5605-7182(直通)

設定解除
日付 /