（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】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

**設定解除**

**日付**

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）