

「臨海ネット」登録患者継続・削除申請書

東京臨海病院 病院長殿

現在私が閲覧できる患者のうち、以下の患者の登録継続・削除を申請します。

医療機関名

西暦 年 月 日

	対象患者氏名	生年月日	継続	削除	削除理由(該当番号に○をつけてください)
1	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
2	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
3	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
4	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
5	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
6	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
7	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
8	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
9	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()
10	(ID:)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 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()

※継続の場合の閲覧期限は、前回の閲覧終了日から1年間です。

※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)

設定完了日 年 月 日

設定担当者名

【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)