（様式A5-1）

「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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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 | □ | □ | 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）

【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）

設定完了日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

設定担当者名