

(様式 A5)

南予地域連携ネットワークシステム「きさいやネット」  
登録患者削除申請書

市立宇和島病院 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 明治・大正・昭和・平成 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 きさいやネット同意撤回届をご使用ください。

(市立宇和島病院記載欄)

担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

【事務局】 〒798-8510

愛媛県宇和島市御殿町 1 番 1 号

市立宇和島病院 医事課地域連携係

(電話)0895-25-1111(代表) (FAX)0895-26-6560

設定解除
日付 /