

南予地域医療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【医療機関用】

市立宇和島病院 病院長殿

現在私が閲覧できる患者のうち、以下の患者の登録削除を申請します。

医療機関名 _____

平成 年 月 日

	削除対象患者氏名	生年月日	削除理由
1		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
2		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
3		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
4		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
5		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
6		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
7		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
8		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他
9		年 月 日	<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなった <input type="checkbox"/> 当該患者が死亡された <input type="checkbox"/> その他

(市立宇和島病院記載欄)

設定削除担当者名 _____

設定解除年月日 年 月 日 _____

【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 地域連携室

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