

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【調剤薬局・訪問看護用】

市立宇和島病院 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。

利用機関名 _____

令和 年 月 日

	削除対象患者氏名	生年月日	削除理由	削除 担当者 確認印
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	

(市立宇和島病院記載欄)

設定削除担当者名 _____

設定削除年月日 年 月 日 _____

【事務局】(調剤薬局用)

〒798-8510 愛媛県宇和島市御殿町1番1号
市立宇和島病院 薬局
(電話)0895-25-1111(代表)(FAX)0895-26-5315

【薬局】(訪問看護用)

〒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 医事係
(電話)0895-25-1111(代表)(FAX)0895-26-6560