（様式６）

地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）登録患者削除申請書

国立大学法人

愛媛大学医学部附属病院　病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 利用者ID |  |
| 利用者名 |  |

　地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）における下記の患者情報について，閲覧が不要となりましたので，登録患者の削除を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 患者氏名 | 性別 | 生年月日 | 削除理由 |
| 1 | フリガナ | □男　□女 | 年　　月　　日 | □治癒　　□死亡  その他（　　　　　　　　） |
|  |
| 2 | フリガナ | □男　□女 | 年　　月　　日 | □治癒　　□死亡  その他（　　　　　　　　） |
|  |
| 3 | フリガナ | □男　□女 | 年　　月　　日 | □治癒　　□死亡  その他（　　　　　　　　） |
|  |
| 4 | フリガナ | □男　□女 | 年　　月　　日 | □治癒　　□死亡  その他（　　　　　　　　） |
|  |
| 5 | フリガナ | □男　□女 | 年　　月　　日 | □治癒　　□死亡  その他（　　　　　　　　） |
|  |

※記載後の削除申請書はFAXか郵送、もしくは、本システムのメールにてお送りください。

※患者からの同意撤回による場合は、様式５同意撤回届を使用してください。

―――【これより下は愛媛大学医学部附属病院　地域連携担当部署記載欄です】―――――――――――

〒791-0295　愛媛県東温市志津川454

愛媛大学医学部附属病院

総合診療サポートセンター　地域医療連携ネットワークシステム（HiMEネット）担当

089-964-5111（代表）内線2362

FAX：089-960-5995

|  |  |
| --- | --- |
| 登録患者削除日 | 担当者名 |
| 20　　年　　月　　日 |  |