

(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 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 () |
| 2 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 () |
| 3 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 () |
| 4 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 その他 () |
| 5 | フリガナ | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 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】 ———

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

〒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