県央デルタネット協議会

様式9号

県央デルタネット救急患者登録・削除依頼書

□　綜合病院山口赤十字病院　　　　　　□　山口県済生会山口総合病院

□　ＪＡ山口厚生連小郡第一総合病院　　□　協愛会阿知須共立病院

□　山口県立総合医療センター　　　　　□　神徳会三田尻病院

□　防府消化器病センター防府胃腸病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

救急患者機能を使用致しましたのでご報告致します。

[送付先]

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 部署 |  |
| 送付者名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |

[患者情報]

|  |  |
| --- | --- |
| 貴院患者番号 |  |
| 当院患者番号 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |

[依頼内容]

|  |  |
| --- | --- |
| * 同意取得   （登録依頼） | 県央デルタネット　参加同意書（様式５号）を送付致します。  救急患者登録を削除後に該当患者の公開設定をお願い致します。  『様式5号　県央デルタネット　参加同意書』を合わせて送付のこと。 |
| * 同意未取得   （削除依頼） | 同意未取得の為、該当患者の救急患者登録の削除をお願い致します。 |

※同意取得、同意未取得のいずれかに必ずチェック☑　をして下さい。

[依頼内容処理]

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼内容処理 | □　登録　　　・　　　□　削除 |
| 同意書受領日 |  |
| 処理日 |  |
| 部署 |  |
| 担当者名 |  |

2019年9月