

様式 9 号

県央デルタネット救急患者登録・削除依頼書 (同意記入例)

- 総合病院山口赤十字病院 山口県済生会山口総合病院
 J A 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	三田尻病院
部署	地域医療連携室
送付者名	三田尻 太郎
電話番号	0835-99-9999
FAX	0835-99-9998

[患者情報]

貴院患者番号	12345678
当院患者番号	10301030
ふりがな	やまぐち でのた
氏名	山口 でのた

[依頼内容]

<input checked="" type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 削除
同意書受領日	2019/10/29
処理日	2019/10/30
部署	地域医療連携室
担当者名	山口 県立郎

様式 9 号

県央デルタネット救急患者登録・削除依頼書 (削除記入例)

- 総合病院山口赤十字病院 山口県済生会山口総合病院
 J A 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	三田尻病院
部署	地域医療連携室
送付者名	三田尻 太郎
電話番号	0835-99-9999
FAX	0835-99-9998

[患者情報]

貴院患者番号	12345678
当院患者番号	10301030
ふりがな	やまぐち でのた
氏名	山口 でのた

[依頼内容]

<input type="checkbox"/> 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。
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 登録 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 削除
同意書受領日	2019/10/29
処理日	2019/10/30
部署	地域医療連携室
担当者名	山口 県立郎