

年 月 日

豊川市民病院院長様

医療機関名
担当医師自署名
(利用者 ID 取得者であること)

豊川市民病院地域医療連携システム閲覧停止届

豊川市民病院地域医療連携システムにて下記の患者の診療情報を閲覧することを停止します。

フリガナ		生年月日
患者氏名	男 女	年 月 日
閲覧側医療機関 患者 ID (診察券番号) ※ ID の先頭に「0」が含まれる場合は 省略しないでください。		
停止理由 (該当項目に✓)		
<input type="checkbox"/> 患者から、閲覧を希望しない意思表示があったため。 (意思表示を受けた日 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> 閲覧の必要がなくなったため。		
<input type="checkbox"/> その他 (理由)		

-
- ・豊川市民病院へ本書のFAX送信をして下さい。
FAX番号：0533-89-5108
 - ・本書の原本は、閲覧側医療機関で保管してください。