

ちようかいネット撤回届出書（介護）

私は、下記の医療施設においてちようかいネットに参加申請し、以下の指定医療・介護福祉施設間での共同診療のための診療情報の共有を同意しておりましたが、この度、参加申請を撤回します（以下の指定した医療・介護福祉施設での利用を取り消します）。

【 患者様記載欄 】

申 込 年 月 日	令和 年 月 日		
フリガナ			
患者氏名（自署）		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日
住 所		電話番号	
代理人記載の場合 代理人氏名（自署）		続 柄	

【 介護福祉施設記載欄 】

法人事業所名 代 表 者 名	(担当者)
	(患者 ID)
情 報 共 有 医 療 施 設	<input type="checkbox"/> 日本海総合病院・日本海酒田リハビリテーション病院（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> 本間病院・本間なかまちクリニック・高見台クリニック（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> 鶴岡市立荘内病院（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> 庄内余目病院（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> 山形県立中央病院（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> _____（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> _____（患者 ID 有・無）
	<input type="checkbox"/> _____（患者 ID 有・無）

※ 確実な患者本人確認のために、各医療機関の患者 ID 番号を記載してください。

【 ちようかいネット事務局 】

酒田地区 日本海総合病院内事務局 TEL：0234-26-2001 FAX：0234-26-5112
 鶴岡地区 鶴岡市立荘内病院内事務局 TEL：0235-26-5155 FAX：0235-26-5156

※担当事務局に FAX 送信し、原本はカルテ等の記録と共に自施設で保管してください。

電 話 番 号		FAX 送信者氏名	
---------	--	-----------	--