

様式第6号の2(第10条関係)

- ・本書類はハートネットホスピタル事務局にFAXし、原本は利用施設で保管してください。
- ・コピーを1部として患者さん本人へお渡しください。
- ・手続き処理完了後は、ハートネットホスピタル事務局からFAXで返信します。

# ハートネットホスピタル患者同意内容変更書 (在宅医療用)

「ハートネットホスピタル」の同意内容に変更が生じたので変更願います。

患者情報欄	変更年月日	令和 年 月 日			
	フリガナ 患者氏名			性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	住 所	(〒 - )			
	電話番号				

主治医施設記入欄	主治医(自署)				
	主治医施設名			患者番号( )	
	変更内容	変更箇所( <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 情報共有施設 <input type="checkbox"/> その他) ※情報共有施設を追加する場合は、追加施設の患者番号を記載すること。 変更前: 変更後: 理 由:  <input type="checkbox"/> 理由がEMS利用の場合は、四角欄にレ点を入れてください。			
	備考				
	以下の条件を満たす場合に申請できます <input type="checkbox"/> 同一医療機関で様式第4-3号の患者同意書(在宅医療用)を取得している場合に、四角欄にレ点を入れてください。				

以下 金沢市医師会 記入欄

令和 年 月 日に、上記患者さんの手続き処理が完了しましたので、お知らせします。

整理番号	
担当	
処理日	令和 年 月 日

金沢市医師会 ハートネットホスピタル事務局  
〒920-0912 金沢市大手町3-21  
TEL 076-263-6070  
FAX 076-223-7079  
Email hnh@kma.jp  
受付 9時~17時 月~金(祝日除く)