

様式第6号の3(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 (EMS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。

患者記入欄	変更年月日	令和 年 月 日		
	フリガナ 患者氏名(自署)			性別 男・女
	代理人記入の場合	代理人氏名(自署)		続柄
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住所	(〒 -)		
	電話番号			

変更書取得施設記入欄	説明者名(自署)		職名	
	変更書取得施設名			患者番号()
	初回同意取得施設名			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		
	備考			
以下の条件を満たす場合に申請できます <input type="checkbox"/> 初回同意取得施設に患者同意内容の変更について事前に通知し、了承を得ておく必要があります。了承を得ている場合に、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)