

- ・ 本書類は救急時等に EMS 機能の利用を行った場合に提出してください。
 - ・ 本書類をハートネットホスピタル事務局に FAX し、原本は医療機関で保管してください。
 - ・ ID-Link システム上の患者選択画面に表示される救急ボタン及びアクセス権は当会で解除します。

ハートネットホスピタル
EMS 機能利用報告書

令和 年 月 日

救急時等に EMS 機能で下記患者情報を閲覧したことを報告します。

EMS 利用年月日	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			

利用医師名（自署）			
代理人氏名（自署）		職名	
EMS 閲覧元施設名			
EMS 閲覧先施設名			
閲覧理由			

※当該患者データを引き続き共有したい場合は、EMS 閲覧先施設に患者同意内容の変更について
事前通知し、了承を得てから、様式第 6 号を取得してください。

以下 金沢市医師会 記入欄

受理日	令和 年 月 日
整理番号	
担当	

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）