

様式第6号（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登録内容変更書

「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		

内容変更書取得施設記入欄	説明者名（自署）		職名	
	内容変更書取得施設名	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。 変更依頼内容： 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四角欄にレ点を入れてください。

- 上記変更内容について患者から口頭等での同意を取得しました。
- 他の情報共有施設へ上記変更内容について事前に連絡しました。

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）