



(様式 6-1)

年 月 日

# EMS (救急患者連携登録) 削除・登録連絡票

施設名 \_\_\_\_\_ 御中

施設名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

EMS (救急患者連携登録) を利用しましたのでご連絡いたします。

ふりがな		貴院 患者 番号	
患者氏名	様		

<input type="checkbox"/> 同意未取得 (削除)	同意未取得の為、該当患者の削除をお願いいたします。
<input type="checkbox"/> 同意取得 (登録)	診療情報地域連携システム参加同意書 (様式 1-1) を送付します、 該当患者を削除後、登録をお願いいたします。  【当院の患者番号】

※同意取得、同意未取得のいずれかへチェック☑をしてください。