



(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	
患者氏名	様	患者 番号	

<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(兼送信票)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。

※閲覧施設では様式 6-1 送付前に“救急ボタン”の解除をお願いします。