再開示申請書

平成　　　年　　　月　　　日

※該当する□に✔を入れてください

* 岩国市医療センター医師会病院 地域医療連携室 御中

FAX：0827−21−3411

* 国立病院機構岩国医療センター（旧国病）地域医療連携室 御中

FAX：0827−35−5896

岩国医療連携情報システム（いつつばしネット）の開示期間が更新忘れにより終了したため再開示手続きを申請いたします。

紹介患者の氏名（　 　　　　　　　　　　　　　）

紹介患者の生年月日 (T・S・H 年 月　 日 ）

紹介患者の性別 男 ・ 女　（○印をしてください）

＊紹介患者の基幹病院カルテ番号（ID）（　 　　　　　　　　　　　　　　）

＊紹介患者の住所（　　 　　　　　　　　　　　 　）

初回同意取得年月日（不明の場合省略可）（平成 　 年 　 月　 　 日 ）

紹介患者の自院カルテ番号（省略可）（　 　　　　　　　　　　　　　　　　）

◎原則として上記全ての欄に記入してください。＊はいずれか一方が必須です。

〒999-9999 岩国市○○町○-○-○ ○○クリニック

電話：9999-99-9999

FAX：9999-99-9999

医師名（要自署）（　　　　　　　　 ）