

# 既存HMナンバーへの名寄せ・開示設定依頼書

年 月 日

病院

HMネット担当者 様

貴院受診中の下記患者様はすでにHMネットに参加しておられ、私が貴院の診療情報を参照することにも同意を頂いています。

つきましては、既存HMナンバーに対する貴院の名寄せと私に対する閲覧許可患者一覧への追加をお願いいたします。

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| 患者氏名<br>(可能なら自署) |                  |
| カンジャシメイ          |                  |
| 性別               | 男 ・ 女            |
| 生年月日             | 西暦・大・昭・平・令 年 月 日 |
| 住所（詳細番地不要）       |                  |
| 当院 I D           |                  |

※患者氏名は可能であれば自署、依頼医療機関 I D は医療機関で記入、他は記入者の指定なし

医療機関名

開示依頼医師