

HMネット新規登録（HMナンバー発行）・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HMネットへの参加に同意を頂き、また、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、HMネットへの新規登録（HMナンバー発行）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 (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