　　　　　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ＩＤ |  |

※患者氏名は可能であれば自署、依頼医療機関ＩＤ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