【医院用】

依頼日：　　　　年　　月　　日

金鯱メディネット照会閲覧依頼

地域医療連携室　FAX：052-951-1207

名古屋医療センター　地域医療連係室　行

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | | | 男  ・  女 |
| 患者氏名 | 様 | 年 | 月 | 日 |
| ID |  | | | | |

上記患者様のデータを照会閲覧したいので、対応をお願いします。

|  |
| --- |
| 医院名 |
| 医師名\* |
| 医師名\* |
| TEL（　　　　）　　　　－ |
| FAX（　　　　）　　　　－ |

※照会のご依頼を頂いた医師に対して、カルテ公開権限の設定を行います。

※照会希望をされる医師の氏名をご記入頂きますよう、お願い申し上げます。