

【医院用】

依頼日： 年 月 日

---

金鯨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 地域医療連携室 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。