様式５－１

**丸亀式 地域包括ケア**

**医療介護連携クラウドシステム**

医療介護連携システム利用に係る新規部屋作成依頼書

丸亀市長殿

　　　　　年　　　月　　　日

在宅医療・介護に関する多職種連携のための医療介護連携システムについて、規定の誓約事項を

順守の上、下記の在宅療養者の担当として患者（利用者）部屋の作成を希望しますので下記のとおり

申請します。

**◎申請者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部屋管理者情報 | （フリガナ）部屋の管理者在宅療養者担当者 |  | 職種 | 医師　・　ケアマネジャー　　　　その他　（　　　　　　　　　） |
|  |
| 法人名医療機関/事業所名 |  |
| （フリガナ）代表者 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| E-Mail |  |

**◎作成依頼内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者登録情報 | 在宅療養者氏名 | （フリガナ） | 性別 | 　男　・　女 |
| （氏　　名） |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療保険 | （種別）　　なし 　 国保 　 協会健保 　 組合健保 　 各種共済 　 後期高齢 　 その他 |
| （番号） |
| 介護保険 | （認定）　　なし 　 申請中 　 要支援　１　・　２　　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ |
| （番号） |
| 参加者設定 | 部屋参加者 | フェイスシート　　　　　　　　　　　　　　　　　　権限設定 （○：閲覧・更新、　　　　　　　　　　　　　△：閲覧、×：権限なし） |
|  | 医療機関・事業所名 | 職種 | 利用者氏名 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |

連絡欄