様式５－３

**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部屋停止依頼書

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、下記の在宅療養者の担当として患者（利用者）部屋の運用の停止（終了）について下記の通り申請します。

**◎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 |  | | | | | |

**◎停止する利用者部屋**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| 終了の理由 | 死亡(自宅看取り)・死亡(搬送先病院で看取り)・入院・入所・転居 | | |
| その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 終了の事由  発生年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

連絡欄