

様式5-1

## 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) (氏名)	性別	男・女
	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	
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
8				

連絡欄	
-----	--