

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) (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			
	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	
-----	--