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