

医療介護連携システム利用に係る部屋変更依頼書(本人・家族招待)

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)部屋への本人・家族を招待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) 法人代表者				
	住所	〒			
	電話番号		FAX 番号		
	E-Mail				

○招待依頼内容

申請内容		追加招待・部屋参加の取消			
利用者情報	① 部屋の名称	() の部屋			
	② 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	
※上記①もしくは②を必ずご記入ください。					
招待者情報	在宅療養者との関係/続柄	本人・家族/親戚(続柄:)・その他()			
	(フリガナ) 招待者				
	住所	〒			
	電話番号		FAX 番号		
	E-Mail ※必須	※申請を受理しましたら、このメールアドレスへ丸亀市のシステム管理者から招待メールが届きます。 そのメール本文に記載の URL をクリックして、直接 Web ページを起動できるメールアドレスを記入ください。 ※また、このメールアドレスが、医療介護連携クラウドシステムにログインするための ID となります。			

連絡欄	
-----	--