

様式 4 - 1

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
新規利用者(患者)部屋 作成申請書

神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター代表者 様

令和 年 月 日

在宅医療・介護連携によるサービスを利用者に提供するため、規定の誓約事項を順守の上、下記のとおり、利用者(患者)部屋の作成及び部屋への参加者の招待について申請いたします。

<申請者>

申請者	(フリガナ) 氏名			職種	
	法人名 医療機関/事業所名				
	所在地	〒			
	電話番号		FAX 番号		
	E-Mail				

<作成依頼内容>

利用者登録情報	利用者(患者) 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				
介護保険	(種別) なし 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 サービス事業対象者 (※H29年度以降)				
	(被保険者番号)	(保険者名)	(保険者番号)		
(認定有効期間) 開始日: 令和 年 月 日 終了日: 令和 年 月 日					
参加者の設定	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	参加者氏名	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
7					
備考					

【添付資料】「神崎市郡医療・介護連携情報共有 ICT システムの利用に関する誓約書」(様式 1-1)
「神崎市郡医療・介護連携情報共有 ICT システム利用登録 (ID 発行) 申請書」(様式 2-1-1 又は 2-1-2)
(※) 利用者・ご家族から申請があった場合のみ

様式 4 - 2

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
利用者（患者）部屋 変更申請書

神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター代表者 様

令和 年 月 日

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システムの利用者（患者）部屋について、
以下のとおり内容を変更したいので、申請します。

<申請者>

申請者	(フリガナ) 氏 名		職種	
	法人名 医療機関/事業所名			
	所在地	〒		
	電話番号		FAX 番号	
	E-Mail			

<変更依頼内容>

利用者登録情報 (住所以下は変更点のみ記載)	利用者(患者) 氏 名	(フリガナ) (氏 名)				
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日				
	住 所	〒				
	電話番号					
	介護保険	(種別) なし 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 サービス事業対象者 (※H29年度以降)				
		(被保険者番号)	(保険者名) (保険者番号)			
(認定有効期間) 開始日: 令和 年 月 日 終了日: 令和 年 月 日						
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)
	区分 (※)	医療機関・事業所名	職種	参加者氏名	参加者 世話役	
	1 追加・削除 ・世話役変更					
	2 追加・削除 ・世話役変更					
3 追加・削除 ・世話役変更						
情報変更希望日		令和 年 月 日				

(※)「追加」: 新たに部屋へ参加者を招待する、「削除」: 部屋の参加者から外す、「世話役変更」: 利用者部屋の参加者を変更する。

様式 4 - 3

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システム
利用者（患者）部屋 削除申請書

神崎市郡在宅医療・介護連携支援センター代表者 様

令和 年 月 日

神崎市郡在宅医療・介護連携情報共有 ICT システムについて、以下のとおり、利用者（患者）部屋の削除を申請します。

<申請者>

申請者	(フリガナ) 氏名			職種	
	法人名 医療機関/事業所名				
	所在地	〒			
	電話番号		FAX 番号		
	E-Mail				

<削除する利用者（患者）部屋>

利用者（患者） 情報	利用者（患者） 氏名	(フリガナ) ----- (氏 名)
	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	住 所	〒
	電話番号	
	削除理由	死亡(在宅看取り)・死亡(搬送先病院で看取り)・入院・入所・転居 ----- その他 ()
	削除理由 発生日	令和 年 月 日
削除希望日	令和 年 月 日	