射水市多職種連携支援システム利用開始届

＜申請者＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 担当者名 | （　医師・ケアマネジャー　） |

　　　＜システムを利用する在宅療養者＞

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 | 射水市 |

　　　＜連携施設・担当者名＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 担当者名 |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

※既にシステム利用が可能な施設及び担当者は、システム内の「射水市運用」の部屋の参加者です。

　　　システムの利用を開始していない施設があれば、利用をお勧めください。

＜システムの利用中止＞　　　　　　　　　申請日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 中止理由 | 死亡（ ※在宅で看取りをした場合はチェック　→　□ ）  長期入院　・　施設入所　・　転居  　他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

射水市地域福祉課

〒939-0294　射水市新開発410番地1 TEL 0766-51-6625　FAX 0766-51-6657

＊提出はＦＡＸでも可能ですが、送信間違いのないようご注意ください。

＊連携施設の変更があった場合は、裏面を記入し提出してください。

**提出先**

射水市役所地域福祉課

〒939-0294　射水市新開発410番地1 TEL 0766-51-6625 FAX 0766-51-6657

・同意書の原本は医師又はケアマネジャーが保管し、コピーを市へ提出してください。

・支援者施設の変更やシステム利用を中止する場合は、裏面を記入し提出してください。

・提出はＦＡＸでも可能ですが、送信間違いのないようご注意ください。

**提出先**

システム利用の変更申請

　　　＜申請者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 施 設 名 |  |
| 担当者名 | （　医師・ケアマネジャー　） |

＜システムを利用する在宅療養者＞

|  |
| --- |
|  |

＜連携施設・担当者の変更＞　　　　　　申請日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 担当者名 | 変更項目 |
| 1 |  |  | 追加・削除 |
| 2 |  |  | 追加・削除 |
| 3 |  |  | 追加・削除 |

＜連携施設・担当者の変更＞　　　　　　申請日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 担当者名 | 変更項目 |
| 1 |  |  | 追加・削除 |
| 2 |  |  | 追加・削除 |
| 3 |  |  | 追加・削除 |

＜連携施設・担当者の変更＞　　　　　　申請日　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 施設名 | 担当者名 | 変更項目 |
| 1 |  |  | 追加・削除 |
| 2 |  |  | 追加・削除 |
| 3 |  |  | 追加・削除 |