

患者(利用者)部屋作成・削除依頼書

年 月 日

桜川市長 様

個人情報の適切な取扱い方針を準拠し、情報共有システムにおける患者(利用者)部屋の作成について、次のとおり申請します。

申請者 (法人又は個人)		代表者名	
登録機関名称			

患者 (利用者)	※区分	新規・終了(終了事由 死亡・入院・入所・転出・その他)			
	氏名	(かな)	性別	男・女	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日
	所在地	〒 茨城県			
	※医療保険	被保険者番号() 加入なし・国保・協会健保・組合健保・各種共済・後期高齢			
	※介護保険	被保険者番号() 認定なし・認定あり(事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5)			
※部屋利用者 (医療・介護従事者)	※区分	氏名	所属機関名称	システム利用登録	
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明	
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明	
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明	
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明	
	新規・追加・削除	(かな)		済・未・不明	

※区分、医療保険、介護保険、システム利用登録の欄は該当する項目に○をしてください。

※新規医療機関・介護事業所の部屋利用者(医療・介護従事者)を追加する場合は様式8と様式9を提出願います。

※部屋利用者が多数の場合、裏面へ記載してください。

