

患者(利用者)部屋作成依頼書

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。

依頼者	登録機関名称	
	氏名	

患者(利用者)情報	氏名	(かな)	性別	男・女	
	生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
	住所	〒 茨城県			
	電話番号				
	医療保険	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	認定なし 事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5				
	居宅介護支援 事業所名		担当者名		

*新規の場合、様式8を添付してください。

*部屋参加者の設定については、様式9-2を添付してください。

*部屋作成完了後、「メール通知」設定先に通知が送信されます。