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。