（様式６）

令和　　年　　月　　日

船橋市長　あて

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム

患者ページ作成・終了及び連携グループ新規登録・追加・削除依頼書

船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システムの使用について、以下のとおり依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者情報 | （フリガナ） |  | 性　別 | 男・女 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 連携グループ情報 | **管 理 者 ①** | １**（在 宅 医 等）** | (フリガナ) |  | 職種 | **医　師** |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 | （　　　有（　　　　　　）・無 |
| **管理者②** | ２ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 | 有（　　有（　　　　　　）・無 |

※連携グループのメンバーの中から、患者ページの管理者を２名まで設定することができます。

患者ページの管理者は、システム上で患者ページ参加者の追加・削除や患者ページの終了手続きをすることができます。

※連携グループ情報については、連携グループのメンバー全員の情報をご記入いただく必要はありません。代表者１名の情報をご記入いただければ、患者ページの作成が可能です。

（患者ページの管理者が、患者ページ参加者をご自由に追加していただけます。）

**本件に関する問合せ先　担当者　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ**

（つづき）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 連携グループ情報　**（新規登録）** | ３ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |
| ４ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |
| ５ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |
| ６ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |
| ７ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |
| ８ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |
| ９ | (フリガナ) |  | 職種 |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | （大正・昭和・平成）　　　　年　　　　月　　　　日　 |
| 勤務先 |  | IDの取得 |  有（　　　　　　）・無 |

○　記入欄が不足する場合には、複写して依頼してください。