

患者(対象者)登録依頼書

年 月 日

(宛先) 市・町・村
「電子@連絡帳」運営担当者

申請者

所属する市町村 _____

ネットワーク名 _____

医療機関・事業所等名称

住所 _____

電話番号 _____

ふりがな
氏 名 _____

患者(対象者)登録について下記のとおり申請します。

なお、ネットワークの利用に関し、本人(家族)から同意書を取得済です。

記

【患者(対象者)情報】

ふりがな		性別	男・女
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	〒 - 愛知県	電話 () -	

【備考】

- 1) 患者(対象者)登録後、取得した同意書及び支援チームの登録を行いますので、申請者へ連絡してください
- 2) 患者(対象者)情報に関して不明な点は、申請者にお問い合わせください。

記載(例)

患者(対象者)登録依頼書

令和3年 1月1日

(宛先) 知多 市・町・村
「電子@連絡帳」運営担当者

申請者

所属する市町村 大府市

ネットワーク名 おぶちゃん連絡帳

医療機関・事業所等名称

大府市訪問看護ステーション

住所 愛知県大府市中央町五丁目70番地

電話番号 0562-47-2111

ふりがな

氏 名 おおぶ はなこ
大府 花子

患者(対象者)登録について下記のとおり申請します。

なお、ネットワークの利用に関し、本人(家族)から同意書を取得済です。

記

【患者(対象者)情報】

ふりがな	ちた たろう	性別	男・女
氏 名	知多 太郎	生年月日	2021年1月1日
住 所	〒478-8601 愛知県知多市緑町1番地	電話	(0562) 33 -3151

【備考】

- 1) 患者(対象者)登録後、取得した同意書及び支援チームの登録を行いますので、申請者へ連絡してください
- 2) 患者(対象者)情報に関して不明な点は、申請者にお問い合わせください。