

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」
情報連携報告書

令和 年 月 日

一般社団法人 桑名医師会
桑名市在宅医療・介護連携支援推進協議会 会長 様

事業所名 _____

住 所 _____

代表者名 _____

担 当 者 _____

電話番号 _____

「ゆめはまちゃん医療・介護ネットワーク」利用について、下記のとおり報告します。

【患者情報】

フリガナ		性別	
氏 名		男 ・ 女	
住 所	〒		
担当 ケアマネジャー	氏 名	事業所名	電話番号
情報連携先 事業所名			
摘 要			