事業者各位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2018.1　様式２

　　年　　月　　日

田原市電子＠連絡帳利用者（患者）支援プロジェクトチームについて

平素は医療介護連携推進に対しご理解・ご協力いただき、感謝申し上げます。

「田原市電子＠連絡帳（ほいっぷネットワーク）」を活用した利用者情報交換を下記の利用者様を対象に開始いたします。

利用されている関係機関の方々に参加の可否を確認の上、チーム員登録しますのでご協力をお願いいたし

ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　　　　　　　　　　　様（　生年月日M・T・S・Ｈ　　　　年　　月　　日）生

利用者住所

* ほいっぷネットワークによる情報交換に利用者（患者）の同意は得ております。（□レ点チェック）

利用者（患者）支援プロジェクトチーム員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 事業者名 | 担当者名 | 参加 | 備考 |
| 1 |  |  | 可・否 | 同意書保管機関（者） |
| 2 |  |  | 可・否 |  |
| 3 |  |  | 可・否 |  |
| 4 |  |  | 可・否 |  |
| 5 |  |  | 可・否 |  |
| 6 |  |  | 可・否 |  |
| 7 |  |  | 可・否 |  |
| 8 |  |  | 可・否 |  |
| 9 |  |  | 可・否 |  |
| ⒑ |  |  | 可・否 |  |

**※主治医へ患者登録することを連絡し参加確認を行ってください。**

流れ　①番号１に利用者同意取得者を記入する。｟同意書保管機関（者）｠

②番号２以下には、関係機関のチーム員を記載し、各々に参加の可否を確認する。

③参加結果を取りまとめ、メンバーに公開する。

＜利用者同意取得者＞

（事業所名：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　）

※運用等の詳細はほいっぷネットワークに掲示されております「利用者（患者）登録田原支部の流れ」等をご確認ください。

※チーム登録されますと、お知らせメールが自動発信されます。