

# 「つながろまい津島」 情報共有 意向確認書

送信日： 年 月 日

送付先

主治医先生 御机下

事業所：

所在地：

TEL：

FAX：

担当者：

「つながろまい津島」は、患者様に関わる医療と介護の関係スタッフが、高度のセキュリティが担保されたシステムを活用し、インターネット上で情報共有をするものであります。

「つながろまい津島」の利用には、システムのインストールが必要となります。  
詳細につきましては、津島市役所 高齢介護課 地域包括ケアグループ（55-9471）まで  
お問い合わせください。

## ケアマネジャー ⇒ かかりつけ医

いつもお世話になります。先生がご診療されている下記患者様のケアマネジャーをしております。  
現在、津島市が運用しています「つながろまい津島」を利用して、下記患者様に関わる医療と介護  
の関係スタッフ間で情報共有を開始させて頂く予定です。  
そこでご多用中誠に恐れ入りますが、下記患者様の「つながろまい津島」情報共有につきまして、  
先生のご意向をお伺いしたく、連絡をさせていただきました。

患者氏名	様	生年月日	年	月	日
住所					

## かかりつけ医 ⇒ ケアマネジャー



※ 以下にチェックをお願いします。

### 「つながろまい津島」を利用した情報共有について…

- 私も、この患者さんの情報共有に参加したい。
- 参加はできません。ケアマネジャーと関係事業所間で利用してください。
- 「つながろまい津島」について、津島市より詳しい説明を聞きたい。
- その他( )  
他に、ご意見・留意点などございましたらご記入ください。

年 月 日 主治医氏名

※ この用紙を上記のFAX番号へご返信ください。

津島市役所 高齢介護課改正 2019.4