

(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)					
	氏名		性別	男・女		
	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 (在宅医療等)	1	(フリガナ)			
		氏名			職種	医師
		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		(フリガナ)			
		氏名			職種	
		生年月日	(大正・昭和・平成)	年	月	日
		勤務先		IDの取得	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。