患者(利用者)部屋作成・追加依頼書

年　　　月　　　日

筑西市長　様

　個人情報の適切な取扱い方針を準拠し、情報共有システムにおける患者(利用者)　部屋の　作成　・　利用者追加　について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （法人又は個人） |  | 代表者名 |  |
| 登録機関名称 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　　者　（利用者） | 氏　 名 | （かな） | | 性　別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 所　在　地 | 〒  茨城県筑西市 | | | |
| 連　絡　先 | TEL | | | |
| 医療保険（\*任意） | 被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）  加入なし・国保・協会健保・組合健保・各種共済・後期高齢 | | | |
| 介護保険（\*任意） | 被保険者番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）  認定なし・認定あり（事業対象者・要支援１・２・要介護１・２・３・４・５） | | | |
| ※部屋利用者（医療・介護従事者） | 所属機関名 | ＊いずれかに☑ | 氏　　名  （＊一員を選択した場合記載） | | |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  | | |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  | | |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  | | |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  | | |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  | | |

※部屋利用者がシステム利用未登録の場合は、所属機関が利用登録依頼書等の提出を行ってください。

※部屋利用者が多数の場合、裏面へ記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※部屋利用者（医療・介護従事者） | 所属機関名 | ＊いずれかに☑ | 氏　　名  （＊一員を選択した場合記載） |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |
|  | □システム登録者全員  □システム登録者の一員 |  |