

# Team 連携依頼書

NPO 法人 魚沼地域医療連携ネットワーク協議会 様

在宅医療・介護に関する多職種連携のため、以下の加入者に対する処遇チームを作りましたので、登録をお願いします。

|        |          |
|--------|----------|
| 申請年月日  | 令和 年 月 日 |
| 申請事業所名 |          |
| 担当者名   | 電話番号     |

|      |         |     |      |
|------|---------|-----|------|
| 加入者名 | 性別      | 男・女 | 生年月日 |
| 住所   | 米ねっと ID |     |      |

| ◆処遇チーム         |  |       |  |
|----------------|--|-------|--|
| 診療所            |  | 診察券番号 |  |
| 病院             |  | 診察券番号 |  |
| 薬局             |  |       |  |
| 居宅介護支援事業所      |  |       |  |
| 訪問看護ステーション     |  |       |  |
| 訪問介護支援事業所      |  |       |  |
| 訪問入浴介護事業所      |  |       |  |
| デイサービス・ショートステイ |  |       |  |
| 包括支援センター       |  |       |  |
| 福祉用具事業所        |  |       |  |
| 特別養護老人ホーム      |  |       |  |
| その他            |  |       |  |