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 |  |