Team　連携変更依頼書

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変更しましたので、変更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 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **変更理由** | **①中止　　（理由：転出・死亡・その他　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | |
| **②処遇チームの変更（下記のとおり）** | | | | |
| ◆処遇チーム | | | | | |
| 診療所 | |  | 診察券番号 |  | 追加・変更・消除 |
| 病院 | |  | 診察券番号 |  | 追加・変更・消除 |
| 薬局 | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 居宅介護支援事業所 | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 訪問看護ステーション | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 訪問介護支援事業所 | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 訪問入浴介護事業所 | |  | | | 追加・変更・消除 |
| デイサービス・ショートステイ | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 包括支援センター | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 福祉用具事業所 | |  | | | 追加・変更・消除 |
| 特別養護老人ホーム | |  | | | 追加・変更・消除 |
| その他 | |  | | | 追加・変更・消除  追加・変更・消除 |