

# 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、以下の登録・変更作業をお願いします。

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				ID ※	

※ 米ねっと ID、地域患者 ID、どちらかをわかる場合に記載

	中止（理由：転出・その他 _____）			
	死亡（令和 年 月 日 死亡）			
<b>◆連携先の追加・変更</b>				
診療所		診察券番号		追加・削除 追加・削除
病院		診察券番号		追加・削除 追加・削除
薬局				追加・削除
居宅介護支援事業所				追加・削除
包括支援センター				追加・削除
訪問看護ステーション				追加・削除
訪問介護事業所				追加・削除
訪問入浴介護事業所				追加・削除
デイサービス				追加・削除
ショートステイ				追加・削除
福祉用具事業所				追加・削除
小規模多機能・看多機				追加・削除
グループホーム				追加・削除
特別養護老人ホーム				追加・削除
その他				追加・削除 追加・削除 追加・削除