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