「うおぬま・米(まい)ねっと」　加入申込書

（申込先）特定非営利活動法人　魚沼地域医療連携ネットワーク協議会　あて

私は魚沼地域医療介護連携ネットワークに関する目的及び利用方法などを理解し、「特定非営利活動法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会ネットワークシステムでの情報共有に関する規約」等に同意したうえで加入を申込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **申込日** | 令和　 　年　 　月　 　日 |
| **フリガナ** | **太枠内を記入してください** |  | **性別** | 男 ・ 女 |
| **加入者氏名** |  |
| **生年月日** |  大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 | 　　　年　　　月　　　日　生 |
| **住所** | 〒　　　－　　　　 | 十日町市・魚沼市・南魚沼市・湯沢町・津南町 |
|  |
| **電話番号** |  | **携帯** |  |
| **緊急時連絡先****(救急搬送時)** | **フリガナ** |  | 続柄 |  |
| **連絡先氏名** |  |
| **電話番号** |  | **携帯** |  |
| **代理記入者****(加入者以外の人が** **記入する場合)** | **代理人氏名** |  | 続柄 |  |
| **電話番号** |  |

※健診情報の共有に同意しない場合は、所定の書類を提出してください。

|  |
| --- |
| **カード送付先が上記住所と異なる場合に記載してください。（世帯主の氏名も記入）** |
| 〒　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様方 |

|  |  |
| --- | --- |
| **アレルギー** | 　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **注意事項****その他** |  |



**重要!!　裏面に診察券番号等を記入してください！**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付窓口** | **受付機関名** | **受付者** | **免・保・旅・カ・診・身****他（　　　　　　　　）** |
| **事務局** | **米ねっとＩＤ** | **受付** | **点検** | **承認** | **交付** | **年　　月　　日** |

**米ねっとは診察券番号（患者番号）をつないで情報を共有する仕組みです。**

**診察券をお持ちの場合は、ご記入ください。**

|  |
| --- |
| **病院の診察券番号（患者番号）を記入してください。** |
| 病院名 | 診察券番号患者番号 | 病院名 | 診察券番号患者番号 |
| 十日町病院 |  | 魚沼基幹病院 |  |
| 松代病院 |  | 南魚沼市民病院 |  |
| 津南病院 |  | ゆきぐに大和病院 |  |
| 小出病院 |  | 湯沢病院 |  |
| ほんだ病院 |  | 齋藤記念病院 |  |
|  |  | 五日町病院 |  |

|  |
| --- |
| **診療所の診察券番号（患者番号）を記入してください。** |
| 診療所名 | 診察券番号患者番号 | 診療所名 | 診察券番号患者番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **利用している薬局** |  |

※ **山口医院**については、**（袋町）**か**（下条）**を記入してください。

|  |
| --- |
| **介護事業所等を利用されている方は記入してください。** |
| 居宅介護支援事業所 |  |
| 包括支援センター |  |
| 訪問看護ステーション |  |
| 訪問介護（ヘルパー） |  |
| 訪問入浴介護事業所 |  |
| デイサービス |  |
| ショートステイ |  |
| 福祉用具事業所 |  |
| 小規模多機能型 |  |
| グループホーム |  |
| 特別養護老人ホーム |  |
| 上記以外の事業所 |  |