

「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。

太枠内を記入してください		申込日	令和	年	月	日	
フリガナ						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 (加入者以外の方が 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・力・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

※ 山口医院については、（袋町）か（下条）を記入してください。

利用している薬局

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	