

## 高岡多職種連携システム患者登録申込書

高岡多職種連携システムを利用いたしたく、下記患者の登録をお願いします。

令和 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ (自署)

## 患者情報

フリガナ	
氏 名	
生年月日	
住 所	
電話番号	
れんけいネット利用の有無 注1	有 無 不明
れんけいネット公開病院受診歴 注2	厚生連高岡 高岡市民 済生会高岡 不明

注1 登録を申し込む患者が現在に至るまで高岡医療圏における「れんけいネット」を利用したことがあるかどうか、該当するものを○でお囲みください。

注2 登録を申し込む患者が、現在に至るまで右記医療機関を受診したことがあるかどうか、該当する医療機関を○でお囲みください。

## 登録するチームメンバー

施 設 名 注3	担 当 者 氏 名 注4
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )
	全員 個人 ( 資格 )

注3 高岡多職種連携システムに登録されていない施設は記入出来ません。

注4 施設内利用者全員で情報を共有される場合は、「全員」に○を付けてください。

施設内で個別に担当者を指定される場合は括弧内に氏名をお書きください。

資格には、担当者の有している主な資格(「医師」「歯科医師」「薬剤師」など)を一つお書きください。

## 高岡多職種連携システム患者登録申込書

高岡多職種連携システムを利用いたしたく、下記患者の登録をお願いします。

令和 2 年 9 月 1 日

医療機関名 二塚クリニック

主治医 二塚 太郎 (自署)

## 患者情報

フリガナ	タカオカ ハナコ
氏 名	高岡 花子
生年月日	昭 1 0 年 4 月 1 日
住 所	高岡市二塚 3 5 5 - 1
電話番号	0 7 6 6 - 2 5 - 7 0 6 0
れんけいネット利用の有無 注1	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 不明
れんけいネット公開病院受診歴 注2	<input checked="" type="radio"/> 厚生連高岡 <input type="radio"/> 高岡市民 <input type="radio"/> 済生会高岡 <input type="radio"/> 不明

注1 登録を申し込む患者が現在に至るまで高岡医療圏における「れんけいネット」を利用したことがあるかどうか、該当するものを○でお囲みください。

注2 登録を申し込む患者が、現在に至るまで右記医療機関を受診したことがあるかどうか、該当する医療機関を○でお囲みください。

## 登録するチームメンバー

施設名 注3	担当者氏名 注4
〇〇〇〇病院	全員 <input checked="" type="radio"/> 個人 ( 丸山 太郎 資格 医師 )
△△歯科医院	全員 <input checked="" type="radio"/> 個人 ( 三角 一郎 資格 歯科医師 )
□□□薬局	全員 <input checked="" type="radio"/> 個人 ( 升 美子 資格 薬剤師 )
☆☆訪問看護ステーション	<input checked="" type="radio"/> 全員 <input type="radio"/> 個人 ( 資格 )
	全員 <input type="radio"/> 個人 ( 資格 )
	全員 <input type="radio"/> 個人 ( 資格 )
	全員 <input type="radio"/> 個人 ( 資格 )
	全員 <input type="radio"/> 個人 ( 資格 )

注3 高岡多職種連携システムに登録されていない施設は記入出来ません。

注4 施設内利用者全員で情報を共有される場合は、「全員」に○を付けてください。

施設内で個別に担当者を指定される場合は括弧内に氏名をお書きください。

資格には、担当者の有している主な資格(「医師」「歯科医師」「薬剤師」など)を一つお書きください。