

高岡多職種連携システム登録チーム変更届出書

登録チームのメンバーを、下記メンバーに変更をお願いします。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

主治医 _____ (自署)

患者情報

氏名	
地域患者ID 注1	

注1 高岡多職種連携システムから付与されている患者ID

削除するチームメンバー

施設名 注2	担当者氏名 注3
	全員 個人 (資格)
	全員 個人 (資格)
	全員 個人 (資格)
	全員 個人 (資格)

新規登録するチームメンバー

施設名 注2	担当者氏名 注3
	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2 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3 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。