

Team加入同意書

私は「[酒田市] 地域包括×健康増進×医療介護連携 DX事業」に関する目的およびTeamにおける私の診療・介護に関する情報の利用方法を理解し、医療介護施設で活用されることに同意したうえで加入を申し込みます。

【加入者様記載欄】 ※太枠内を記入してください。

申請日	令和	年	月	日
ふりがな				
加入者氏名 ※本人の場合、自署とする	性別 ☐ 男 ☐ 女			
生年月日 ※該当する元号に✓を入力してください。				
☐ 大正 ☐ 昭和		年	月	日
☐ 平成 ☐ 令和				
郵便番号	〒	—	電話番号	
住 所				
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏 名		続 柄	
			電 話 番 号	
介護保険証情報	保険者番号 ※酒田市以外の場合は記入してください。	酒田市062042	介護保険被保険者 番号(10桁)	
代理人記載の場合	代理人氏名 (署名)		続 柄	

【施設・事業所記載欄】 ※酒田市HP掲載の「参加施設・事業所一覧」から正しい施設・事業所名を入力(記入)してください。

施設・事業所名	(担当者)		
加入者が連携したい施設・事業所名	※酒田市HP掲載の「参加施設・事業所一覧」から正しい施設・事業所名を記入してください。		
施設・事業所種別	施設・事業所名		
1. 診療所			
2. 病 院	☐ 本間病院(本間病院医療相談室含む) ☐ 山容病院 ☐ 遊佐病院(遊佐病院地域連携室含む) ☐ 日本海総合病院(日本海総合病院入退院支援センター含む) ☐ 日本海酒田リハビリテーション病院		
3. 居宅介護支援		9. ショートステイ	
4. 地域包括支援 センター		10. 小規模多機能 型居宅介護	
5. 訪問看護		11. グループホーム	
6. 訪問介護 (ヘルパー)		12. 特別養護老人 ホーム	
7. 訪問リハビリテ ーション		13. 介護老人保健 施設	
8. デイサービス ・デイケア		14. 上記以外の 事業所	

※事務局へFAXまたはメールで送信し、原本は施設・事業所で保管をお願いします。

送信者氏名		電話番号	
-------	--	------	--

<送付先>

【事務局】酒田市 在宅医療・介護連携支援室 ポンテ
(Team担当) 病院改革推進室
TEL: 0234-25-3640 (直通)
FAX: 0234-26-5112 ※ FAX受付時間: 平日8:30~17:00
E-mail: team@nihonkai-hos.jp

【事務局記載欄】

受付日	登録