

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム コンタクトセンター利用登録申請書

平成 年 月 日

一般社団法人名古屋市医師会長 殿

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システムに基づき、コンタクトセンターの利用を申請します。

医療機関名	
医師名	
医療機関所在地	〒
連絡先	電話番号：() - /FAX番号：() -

■療養者情報

フリガナ		性別	生年月日
療養者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
現住所	〒		
キーパーソン			関係
連絡先 1	電話番号	名前 続柄	
連絡先 2	電話番号	名前 続柄	
連絡先 3	電話番号	名前 続柄	
連絡先 4	電話番号	名前 続柄	
特記事項			

※裏面もご記入ください。

コンタクトセンター利用に係る緊急連絡先一覧

優先順	名前(事業所名)	職種	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※医師記入欄

コンタクトセンターに在宅療養者よりお電話があり、主治医等に確認が必要な問い合わせ内容の場合は、コンタクトセンターより緊急連絡先一覧の優先順にお電話いたしますので、ご対応をお願いいたします。

上記の内容に同意いたします。

自署 _____