

# 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内容変更届

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を利用しておりますが、登録内容に変更がございますので、登録内容の変更を申請します。

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| 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<br>年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> | 現住所    | 〒    |     |                      |
| <input type="checkbox"/> | キーパーソン |      | 関係  |                      |
| <input type="checkbox"/> | 連絡先 1  | 電話番号 | 名前  |                      |
|                          |        |      | 続柄  |                      |
| <input type="checkbox"/> | 連絡先 2  | 電話番号 | 名前  |                      |
|                          |        |      | 続柄  |                      |
| <input type="checkbox"/> | 連絡先 3  | 電話番号 | 名前  |                      |
|                          |        |      | 続柄  |                      |
| <input type="checkbox"/> | 連絡先 4  | 電話番号 | 名前  |                      |
|                          |        |      | 続柄  |                      |
| <input type="checkbox"/> | 特記事項   |      |     |                      |

※事務局記入欄

平成 年 月 日

本書の内容にて変更が完了いたしましたので、ご連絡申し上げます。

受理印

|     |
|-----|
| 受理印 |
|     |

コンタクトセンター利用に係る緊急連絡先一覧

変更あり ・ 変更なし

| 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 \_\_\_\_\_