

年 月 日

三条市医師会長 様

「三条ひめさゆりネット」連携設定依頼書 (新規)

1 依頼事業所・機関

事業所・機関名	
担当者氏名	

2 連携設定希望主治医・後方支援病院・薬局・歯科診療所・保健所

フリガナ 利用者氏名	性別	生年月日	※1医療機関名 主治医氏名	※2後方支援病院	薬局	歯科診療所	保健所
		M・S・T・H	・				・あり ・なし
	男 ・ 女		-----				
		年 月 日	・				

3 連携設定希望介護事業所等

※ 最新の提供票、利用票、介護予防・支援計画書（ケアプラン）のいずれかの写しを「三条ひめさゆりネット」の管理画面＞利用者詳細＞書類一覧へ投稿又は、三条市在宅医療推進センターに送付ください。

なお、連携設定を希望しても、システムを導入していないため連携できない事業所がありますが、関係事業所名について確認できる範囲で記入してください。

《記載に際しての注意点》

※1 主治医: かかりつけ医(主治医意見書作成の医師、訪問看護指示書作成の医師 等)
訪問看護指示書作成の医師には◎をしてください。

※2 後方支援病院: 訪問看護を利用し、「三条ひめさゆりネット」を導入している主治医の許可を得て在宅医療病診連携書を取り交わすことのできる市内3病院(済生会三条病院、三条総合病院、三之町病院)となります。