**「いなべ地域ケアネット」患者グループ作成連絡票**

記入例

**＜様式３＞**

令和　　年　　月　　日

（かかりつけ医療機関等名）

　　　　　　〇〇病院

（医師名）　いなべ　太郎　　　　　　様

この度、いなべ地域におけるICTを活用した情報共有を図る「いなべ地域ケアネット」において、下記の患者にかかる患者グループを開設しましたので、貴殿におかれましても、是非、本グループに参加し、情報共有をお願いしたく、連絡いたします。

なお、本人・家族からの同意書の写しを添付しますので、一緒に保管ください。

記

**１　患者グループ作成対象者**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 | いなべ　花子 |
| 住　　所 | 　　いなべ市北勢町阿下喜２６３３番地 |
| 生年月日 | 　　昭和〇年　〇月　 〇生 |
| **患者グループ作成日** | **令和　　〇年　　〇月　　〇日** |

（患者グループ作成者）

　　　　　　　　　　　　　　　事業所名：　長寿福祉課ケアプランセンター

　氏名：　福祉　一郎　　　　　㊞

（職種：看護師・ケアマネジャー・地域包括支援センター）

事業所所在地：　いなべ市北勢町阿下喜３１番地

事業所連絡先：　０５９４－８６－７８１９

※この書類には、患者グループ作成対象者に記入いただいた同意書のコピーを添付して、提出します。

連携元事業所

かかりつけ医師