**「いなべ地域ケアネット」患者グループ作成連絡票**

**＜様式５＞**

令和　　年　　月　　日

（かかりつけ医療機関等名）

（医師名）　　　　　　　　　　　　　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 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　　　　年　　 　月　 　　日生 |
| **患者グループ作成日** | **令和　　　年　　　月　　　日** |

（患者グループ作成者）

　　　　　　　　　　　　　　　事業所等名：

　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（職種：看護師・ケアマネジャー・地域包括支援センター）

事業所等所在地：

事業所等連絡先：

連携元事業所

かかりつけ医師