

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 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 |
| |

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。

コンタクトセンターにて、医療行為（服薬指導等）は一切行いませんので、ご了承ください。

上記の内容に同意いたします。

自署 _____