

「おえケアネット」患者登録申込書

申し込み 平成 年 月 日

申込者情報

| | |
|-------|--|
| I D | |
| 氏 名 | |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | |
| 所 属 | |
| 職 種 | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() |
| 患者同意書 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> なし (同意書がなければ登録できません) |

登録患者情報

| | |
|------|---|
| フリガナ | |
| 氏 名 | |
| 性 別 | 男 女 |
| 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 |
| 電話番号 | |

介護保険情報

| | | | | | |
|--------|-------|--------|-----|----|---|
| 被保険者番号 | (10桁) | | | | |
| 保険者 | 吉野川市 | その他() | | | 保険者番号: () |
| 認定日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 |
| 認定区分 | V | IV | III | II | I |
| 有効期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | ～ 平成 年 月 日 |

コミュニティに患者・家族は(参加 不参加)

| | | | |
|---------|------|--------|--|
| ID取得者氏名 | | 続 柄 | |
| 閲覧編集 | 制限無し | 閲覧のみ許可 | |

確 認 :平成 年 月 日登録登録者 :

コミュニティ参加者

| 関係 | 氏名 | 所属 | 閲覧・編集制限* |
|-----|----|----|---|
| 主治医 | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| C M | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| 看護師 | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |

日付 追加

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |
| | | | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り |

* 閲覧・編集制限

無し: 閲覧、書き込みともに許可します。

有り: 閲覧のみ許可。書き込みは禁止します。