年　　月　　日

　　　　　　　先生　御机下

介護支援専門員

　　　患者に係る医療・介護従事者の情報共有における「あぐネット」

　　　の利用について（依頼）

　時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

　さて、標記の件について、下記患者に係る関係者の情報共有のため、阿久比町医療・介護・福祉連携ネットワーク「あぐネット」を利用する予定です。

　利用に関する患者の同意書は受領済ですが、主治医である貴職に利用に係る意向を確認したく、お手数ですが、本書最下部に記入のうえ、ご返信くださるようお願い申し上げます。

　なお、本件に関するお問合せは、各担当までお願いします。

記

　・患者氏名

　・住　　所

　・生年月日　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　【「あぐネット」の利用について】

　　　　　　　　　　　　担　当　阿久比町健康介護課介護保険係（　　）

　　　　　　　　　　　　電　話　０５６９－４８－１１１１（内線１１２５）

　　　　　　　　　　　【患者の支援内容について】

　　　　　　　　　　　　担　当　　　　　　　　　　　　　　　（　　）

　　　　　　　　　　　　電　話　　　　　－　　　　－

**※　以下のいずれかに**[x] **のうえ、記入日を記入し、ご返信願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] **承諾（主治医参加）** | [ ] **承諾（主治医不参加）** |

　　**記入日　　　　　年　　月　　日**

**※「あぐネット」又はFAX等にて返信してください。**

**行（このまま送信してください）**

**FAX送付先：　　　－　　　－　　　　メール：**