

加入申込書《記入例》

MMWIN 加入申込書

4. 連携の可否

一般社団法人みやぎ医療福祉情報ネットワーク協議会に加盟する全ての連携医療施設・介護福祉施設間において、あなたの情報を共有してよろしければ、以下にご記入をお願いします。

A	施設名	宮城総合病院	診察券番号 (ローカルID)	00012345
---	-----	--------	-------------------	----------

※以下の緑の太枠内にご記入ください

B	申込年月日	平成 29 年 4 月 1 日		
	フリガナ	ミヤギ タロウ	性別	
	氏名	宮城 太郎	男・女	
	生年月日	大正・昭和・平成 12 年 1 月 1 日		
	住所	〒 980-8633 宮城県仙台市青葉区青葉町1-1-1 仙台マンション101号室		
	カードの送付先が異なる場合	〒		
	電話番号	022 - 1111 - 1111		
	代理記載の場合	氏名： (続柄：)		

共通ID (ご加入される方が職員登録している場合にご記入ください)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施設記入欄

担当医師	内科 仙台二郎	説明担当者	地域連携室 青葉花子
------	---------	-------	------------

通院先 (病院・診療所・薬局・介護施設など)

通院先	診察券番号	備考
仙台中央病院	123-456-78	
仙台内科クリニック	0005555	
仙台駅前調剤薬局		
老人保健施設 仙台ホーム		

メモ欄

事務局使用欄

受付 (/)		登録 (/)		発行 (/)		発送 (/)	
-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--

赤字部分：申し込み者ご本人様にご記入頂く項目となります。
青字部分：加入申し込みを受け付ける施設側にてご記入頂く項目となります。

A 施設名／診察券番号 (ローカルID)

加入申し込みを受け付ける施設側で記入しますが、もし空白だった場合は、患者さんご自身でご記入をお願いします。
薬局・介護関連等の診察券番号が無い施設につきましては、施設名のみのご記入をお願いします。

B 申し込み者情報

緑の太枠内の全てにご記入ください。
※『カードの送付先が異なる場合』、『代理記載の場合』は必要に応じてご記入ください。

【お願い】
フリガナの記入漏れが非常に多くなっております。
登録に必要な情報となりますので、必ずご記入ください。

C 連絡先

情報を共有して欲しい施設名と、その施設の診察券番号を申し込みを行う施設にお伝えください。施設側で診察券のコピーを取り、加入申込書と合わせてMMWINに送付いたします。また、薬局・介護関連等の診察券番号が無い施設につきましては、空欄で結構です。

【ご注意ください】
情報が共有される施設は、MMWIN参加施設のみとなります。また、共有されるまでに一定のお時間を頂いております。予めご了承ください。