

在宅療養手帳利用申込書

殿

今後在宅での保健・福祉・医療サービスを受ける事が予想されます。
それに際し、在宅療養手帳の利用目的及び記入方法等についての説明を受け
了解しましたので、在宅療養手帳の使用を承諾いたします。

年 月 日

(フリガナ)

利用者 :

生年月日 : 年 月 日生

住 所 :

署名代理人 :

続 柄 :

登録番号

居住記号	施設番号	施設利用番号

この在宅療養手帳は乙訓医師会（乙訓在宅医療・介護連携支援センター）が
発行し、二市一町の介護施設を利用される方に配布しています。
本人・家族・サービス実施機関が情報を交換し、利用者さんにより快適な在
宅生活をして頂く手助けをするための手帳です。
記載内容は関係者以外に公表する事は絶対ありませんが、記入して貰いたく
ない事柄については、各担当者にお気軽にお申し出下さい。

一般社団法人乙訓医師会
乙訓在宅医療・介護連携支援センター

この申込書は、施設・医院が利用者さんと結ぶものです。
施設および医院で保管して下さい。