

持参の場合【保険証あるいは免許証等持参】

郵送の場合【保険証あるいは免許証等のコピー同封】

(住民・患者さま用)

お住まいの市・町の「とねっと」参加受付窓口

〒347-0031 加須市南町 5-15 (加須保健所内)
埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会事務局 行

「とねっと」利用者登録変更届

埼玉利根保健医療圏医療連携推進協議会 様

私は、「とねっと」に参加申請しておりますが、登録内容について変更が生じたので、変更届を提出します。

【必須記入項目】 ※必ず記入してください。

申請日:平成 年 月 日

フリガナ: _____

○氏名: _____ ○生年月日: _____ 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

○電話番号: _____ - _____

○かかりつけ医カードID番号: _____ - _____

【登録変更する項目のみ御記入ください】

○郵便番号: _____ - _____ ○血液型: A ・ B ・ O ・ AB 型

○住所: _____ Rh: + ・ - ・ 不明

○緊急連絡先: 近親者の氏名 _____ 続柄 _____
電話番号 _____ - _____

○医療機関 (かかりつけ医) 名称 _____
名称 _____

○アレルギー なし・あり(_____)

○病歴(持病) ※今までかかったことがあるものにチェック☑してください。

- 心臓病 脳卒中 高血圧 糖尿病 腎臓病 貧血 肝臓病
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 婦人科系疾患 感染症 (_____)
その他 (_____)

○服用薬 ※薬剤情報提供書の薬名を記入してください。

本人の署名 (未成年者の場合はその保護者) _____

(代理者記載の場合:代理者氏名 _____ 続柄: _____)

チェック項目

記入事項に漏れや誤りはありませんか。

(郵送される場合)本人確認書類(氏名、住所、生年月日の記載があるもの)のコピーを同封しましたか。

※本人確認書類:保険証、運転免許証、住基カードなど

<処理欄>※住民(患者)の皆様は、記入しないでください。

| | | |
|--------------------|------------------------|----------------------|
| 本人確認 (確認日: H . .) | F A X 送信 (送信日: H . .) | システム登録 (登録日: H . .) |
| 所属名 _____ | 所属名 _____ | カードID番号: _____ |
| 確認者名 (又は印) | 確認者名 (又は印) | 登録者印 |
| | | 通知日: H . . |