かかりつけ医	機関名		記入日	年 月 日	
	住所 電話		目的	MCSによる情報共有 患者グループ作成依頼	
	医師名		記入者		
患者情報	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	T S H R
	氏名				年 月 日
	住所	〒	電話	①	
				②	
報	傷病名				
連携するサービス事業所	業 所 名		担当者名	グループへの招待	
				要	不要
				要	不要
				要	不要
				要	不要
				要	不要
連絡など					

【MCS利用における確認事項】

- 個人情報や医療情報を必要な機関と連携することについて、改めて患者に説明して下さい。
- 連携室がグループを作成する場合、連携室もグループメンバーとなり一緒に経過を見ていくことを、患者に説明し同意（同意書 [様式2]）を得て下さい。また、グループの管理者は連携室となります。
- 患者へのサービス提供が終了となった事業者は、グループから退室となります。
- 事業者の職員に変更があった場合は、速やかに連携室に連絡してください。
- 患者グループでの連携・連絡が終了した場合は、連携室にも連絡してください。
主治医の確認を得て、連携室でグループを保管します。