

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)

## 「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: 令和 年 月 日

フリガナ: \_\_\_\_\_

○氏名: \_\_\_\_\_ ○生年月日: \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

○電話番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

○「とねっと」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: R . . . )	F A X 送信 (送信日: R . . . )	システム登録 (登録日: R . . . )
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: R . . .