

新規患者・参加者（事業所・スタッフ）登録依頼書

在宅医療支援センター 宛

令和 年 月 日

書類の記入は、主治医の所属する医療機関が行ってください。

◎申請者

医療機関	医療法人●●会 ●●クリニック
医師名	川内 一太郎

◎登録患者内容

基本 情 報	患者氏名	(フリガナ) カゴシマ タカモリ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
		(氏名) 鹿児島 隆盛		
	生年月日	大正・昭和 平成・令和 3年 5月 5日		
	住所地	薩摩川内市：川内・樋脇・祁答院・入来・東郷・甕島 その他地域：さつま町・いちき串木野市・その他（ ）		

◎「いいせんリンク」参加者登録内容

医療機関・事業所名	担当者名
△△居宅介護支援事業所	織姫ケアマネジャー
訪問看護ステーション〇〇	
いいせんリンク調剤薬局	川内 彦星

※「いいせんリンク」の参加者についてはケアマネジャー等とご相談のうえ選定下さい。

※参加者の変更（追加・削除）は様式 4-2 を記入して提出をお願いします。

記入後、FAX または利用者間メールにデータ添付し、下記までお知らせください。

川内市医師会在宅医療支援センター宛
TEL：0996-22-4021（担当：田中・森園）