**様式4-1**

**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

書類の記載は、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 |  |
| 医師名 | 　 |

**◎登録患者内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | 患者氏名 | (フリガナ)　　  | 性別 | 男　・　女 |
| (氏　名) 　　　  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成　　　　年　　　　月　　　日 |
| 住所地 | 薩摩川内市： 川内 ・ 樋脇 ・ 祁答院 ・ 入来 ・ 東郷 ・ 甑島その他地域：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 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |

※「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、下記までご連絡ください。書類の受け取りに伺います。（お急ぎの場合はご持参下さい）

〒895-0076　薩摩川内市大小路町70-26

　　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）

2019年5月1日　第2版