

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 | 男 | 女 |
| | | (氏名) 鹿児島 隆盛 | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成 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、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）