**様式5**

**患者登録中止依頼書**

　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（主治医）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関 |  |
| 医師名 |  |

**◎登録患者内容**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | (フリガナ) | 性別 | 男　・　女 |
| (氏　名) |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | | |

**◎中止理由**（該当するものに〇を付けてください）※統計調査にご協力ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 患者申出 |
|  | 医療・介護サービス停止のため |
|  | 患者入院、施設入所 |
|  | 患者死亡 |
|  | その他（ 　　　　　　　　　 ） |

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）

2020年9月1日　第3版