様式５

患者登録中止依頼書

記入例

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	医療法人●●会　　●●クリニック
医師名	川内　一太郎

◎登録患者内容

患者氏名	(フリガナ)　カゴシマ　タカモリ (氏　名)　鹿児島　隆盛	性別	(男)・女
生年月日	大正・(昭和)・平成・令和　３　年　５　月　５　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