

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	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
	(氏名) 鹿児島 隆盛		
生年月日	大正・昭和・平成 3 年 5 月 5 日		

◎中止理由（該当するものに○を付けてください）※統計調査にご協力ください。

<input type="checkbox"/>	患者申出
<input type="checkbox"/>	医療・介護サービス停止のため
<input type="checkbox"/>	患者入院、施設入所
<input checked="" type="checkbox"/>	患者死亡
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

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）