

新規患者・参加者（事業所・スタッフ）登録依頼書

〇〇〇〇 行き

令和 年 月 日

◎申請者

診療科	循環器科
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）は下記までご連絡下さい。

記入後、右記までご連絡ください。

〇〇〇〇〇〇
 担当者
 内線