**様式9-2（院内用）**

**患者登録中止依頼書**

　　　　　　　　　　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

**◎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　　　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、下記までご連絡ください。

　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　内線

2019年5月1日　第2版