

患者登録中止依頼書

記入例

〇〇〇〇〇〇〇 宛

令和 年 月 日

◎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	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	(氏名) 鹿児島 隆盛		
生年月日	大正・ <input checked="" type="radio"/> 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。

担当者 _____
内線 _____