

(様式 2-1)

患者登録削除申請書

岐阜県医師会在宅療養あんしん病床登録事業において、以下のとおり、患者登録の削除を申請いたします。

(下記、必要事項を記入し、岐阜県医師会 在宅サポート窓口 在宅療養あんしん病床登録事業係まで郵送してください。)

記 入 日	令和 年 月 日
-------	----------

登録していた患者氏名	
患者の生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日

医療機関名	
担当医師名	

登録削除日	平成・令和 年 月 日
-------	-------------

<p>その理由</p> <p><input type="checkbox"/>患者死亡のため</p> <p><input type="checkbox"/>かかりつけ医の変更</p> <p> <input type="checkbox"/>患者が施設に入所（居）したため</p> <p> <input type="checkbox"/>その他</p> <p>（ ）</p>
--