**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 |
| その理由  □患者死亡のため  □かかりつけ医の変更  □患者が施設に入所（居）したため  □その他 | |