

かつシカ連携医サポートシステム利用登録 申し込み票

フリガナ				性 別
氏 名				男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (満 歳)			
電話番号		携帯電話		
フリガナ				
住 所	〒 — 東京都葛飾区			
代筆の確認	☐ 本人 ☐ 家族（続柄： ） ※どちらかに✓を入れてください。			

※記載は必須です。

フリガナ			
代筆者 氏名			
代筆者 生年月日	年 月 日 (満 歳)		
代筆者 電話番号		代筆者 携帯電話	
フリガナ			
代筆者 住所	〒 —		

※代筆の場合、記載は必須です。

かかりつけ医療機関名	
------------	--

※記載は必須です。

病状・身体の状態	
----------	--

※記載は必須ですが、疾患名等で記入する必要はありません。かかりつけ医療機関で受診している理由（例：腰痛など）を記入してください。

現在の処方薬	
--------	--

※記載は必須ですが、把握されている限りの記入で問題ありません。代筆で分からない場合は「代筆のため不明」と記入してください。

※折り返し3日以内（土、日、祝を除く）にこちらから連絡がない場合、ご面倒でも電話をいただけるようお願いいたします。

※登録に際して、かかりつけ医師の診断がありますので、ご了承ください

FAX 番号：03-3691-8610(葛飾区医師会 地域医療部宛)