

福井市医師会 在宅主治医 回答書

＜医師会→依頼元医療機関＞

日時： 年 月 日

御中

依頼日 : 年 月 日

依頼者氏名 :

《紹介患者》

患者氏名(イニシャル): ■ (男・女) 歳

住所: 市 町

在宅主治医は下記のように決定しました。

医療機関名 :

住 所 :

主治医氏名 :

電話番号
(連絡先) :

※以降は貴院と在宅主治医間でご調整をお願い致します。

福井市医師会 担当: