様式２－①

福井市医師会　在宅協力医　依頼書

依頼日：　　年　　月　　日

福井市医師会　　御中

医療機関名：

依頼者氏名：

TEL：　　FAX：

１．希望日時　　平成　　年　　月　　日　　時から
　　平成　　年　　月　　日　　時まで

２．在宅患者数　　名

３．重症患者の有無　　有（　　名）　　無

※有の場合は主病名等を記載して下さい。

４．看取りの可能性の有無　　有（　　名）　　無

※有の場合は主病名等を記載して下さい。

５．問題点や特記事項