

福井市医師会 在宅主治医 回答書

<在宅主治医登録医→医師会>

日時： 年 月 日

福井市医師会 御中

依頼元医療機関名 :

患者氏名 : (イニシャル) (男・女) 歳依頼日 : 年 月 日

上記の症例に関しては、下記のとおりであります。

在宅主治医として 対応可能 対応できない

(発信元)

医療機関名:

氏 名:

電話番号: