

在宅診療依頼書のお返事

/// 会 員 用 ///

日時： 年 月 日

御中

依頼病院：

患者氏名： (男・女) 歳

依頼日： 年 月 日

上記の症例に関しては、下記の○印のとおりであります。

- 主治医として受け入れ可能
- 副主治医として受け入れ可能
- 主治医も副主治医も不可能です

(発信元)

医療機関名：

氏名：