様式３

受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

受付番号

**大和郡山市在宅医療介護支援センター　宛**

**在宅主治医決定（回答書）**

患者・家族様と相談の結果、下記の医師にお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望順 | 医　療　機　関　名 | 医　　師　　名 |
|  |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |
| ④ |  |  |
| その他希望事項があれば記入ください。 |

　　　　　　　　**病院地域連携室**

**事業所名**