様式４

　　　年　　月　　日

受付番号

**在宅主治医決定連絡書**

**医師名**　　　　　　　　　　　　**先生**

**患者　　　　　　　　　　　　様が主治医を先生に**

　　　　　　　　　　　　　**□　お願いすること**

**□　面談していただくこと**

を希望されましたのでよろしくお願い申し上げます。

　後日、患者・家族又はケアマネジャーから連絡がありますので、

面談日時などについてはご相談下さい。

**大和郡山市在宅医療介護支援センター**

**大和郡山市医師会内**　　**☎　　0743-57-0589**

**Fax 0743-85-6631**