様式２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

受付番号

**地域連携室  
事業所　　　　　　　　　　様**

**在宅主治医紹介書**

いつもお世話になっております。

下記の在宅往診医の医師を紹介いたします。

患者・家族が希望する医師をFAX（様式３）で回答してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 医　師　名 | 医師の意向（○を記入） |
|  |  | 訪問診療・事前面談 |
|  |  | 訪問診療・事前面談 |
|  |  | 訪問診療・事前面談 |
|  |  | 訪問診療・事前面談 |
|  |  | 訪問診療・事前面談 |
|  |  | 訪問診療・事前面談 |

**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**

**電話　　０７４３－５７－０５８９**

**FAX　　０７４３－８５－６６３１**