



医師用 返信シート

* 必要時ご家族または支援者にお渡しください

ご家族様

支援者： _____ 宛
連絡先：

患者氏名 _____

受診月日 年 月 日 _____

1 内容

かかりつけ医として、今後も継続してみたいです

専門病院を紹介しました

投薬を開始しました

その他 (_____)

2 介護上気をつけることがありましたらご記入ください

医療機関名・医師名 _____

※ この「返信シート」では診療情報提供料は発生しません