

年 月 日

主 治 医：_____先生

事業所		
担当者		
連絡先	電 話	
	F A X	
	メー ル	

平素はお世話になり有難うございます。
この度、先生が診療されています利用者様より、在宅療養あんしん病院登録システムの利用について相談を受けました。つきましては、以下の通り対応させていただきますので、何卒宜しくお願い申し上げます。

利用者氏名		性 別	男・女	年 齢	歳
利用者住所					
対 応 内 容	1. 在宅療養あんしん病院登録システムの説明を行った上で申請書を渡しました。 2. その他（ ）				
そ の 他 連 絡 事 項					

＜かかりつけ医返信欄＞ 年 月 日

返 事	1. 上記の対応について了解。 2. 意見要望あり 3. 説明希望 (面接・電話・メール)
コメント記入欄	
主治医	

※ 下京東部医師会・下京西部医師会・京都地域包括ケア推進機構では、下京区・南区在住の在宅高齢者の「あんしん」を目指し、あんしん病院、在宅チーム（ケアマネジャー・地域包括支援センター・訪問看護事業所）との連携のもと、「在宅療養あんしん病院登録システム」の活性化を目的とした＜下京・南事業＞に取り組んでいます。御協力の程、よろしくお願い申し上げます。