

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇〇〇医院院長
〇〇〇〇様

△△病院 院長△△△△

在宅療養患者の緊急時の入院受け入れ病院について（回答）

当院は、貴院から依頼がありました在宅療養患者の病状悪化等により入院が必要と判断された場合の協力病院について、病床や勤務体制等で受け入れが可能な場合の入院について以下のように回答致します。

- ・ 協力致します
- ・ 協力は困難です