

送付先 箕面市立病院 地域医療室行 FAX(072-728-8475)

紹介元医療機関名

〒562-0014
大阪府箕面市萱野5-7-1
箕面市立病院

医療機関名
住 所 〒

電 話 番 号
FAX 番 号

科

先生

医 師 氏 名

紹介患者さま受診報告書(FAX用)

平成 年 月 日

| | |
|--|---------------|
| 氏 名 | 様 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) 性別 |
| <input type="checkbox"/> ご紹介いただきました上記患者さまが受診されましたので、ご報告申し上げます。 | |
| <input type="checkbox"/> 受診年月日 平成 年 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 特記事項 | |