

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

科

先生

医療機関名  
住 所 〒

電話番号  
FAX 番号

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	