

**小牧市民病院 病診連携室行き**

**FAX 0568-74-4516**

**TEL 0568-76-1434 (月～金曜日午前9時～午後5時)**

## **紹介患者連絡用紙**

**下記、患者さんから病診連携室へ予約の電話が入ります。**

### **紹介患者**

**紹介元の医療機関名** : \_\_\_\_\_

**患者さんのお名前** : \_\_\_\_\_

**生年月日** : \_\_\_\_\_ **年** \_\_\_\_\_ **月** \_\_\_\_\_ **日**

**紹介科** : \_\_\_\_\_ **科** \_\_\_\_\_ **医師**

**病名** : \_\_\_\_\_