

紹介状(乳腺外科診察用)

小牧市民病院長 様

予約方法を選択ください。

- 直接、依頼医が予約調整します。
 後日、患者さんが電話予約します。
 予約取得済み

紹介日	平成 年 月 日
医療機関名	
紹介医師名	印
住所	
TEL	- -
FAX	- -

下記患者さんについて、診察予約を申し込みます。

ふりがな		生年月日	性別
氏名	様	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 明治 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -		
小牧市民病院のID番号		TEL	- -
予約希望日	第1希望 平成 年 月 日 ()	第2希望	平成 年 月 日 ()

紹介先医師	乳腺外科	医師	<input type="checkbox"/> 医師指定なし
紹介目的	<input type="checkbox"/> 1) 乳がん術後病診連携パス 定期受診 <input type="checkbox"/> 2) 乳がん術後病診連携パス 異常時受診 <input type="checkbox"/> 3) その他 ()		
1)、2) について 病状経過	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他 ()		
3) について 臨床所見等			

送付先: 地域連携室 FAX 0568-74-4516 TEL 0568-76-1434(平日8:30~19:00 土曜9:00~12:00)