

小牧市民病院 地域連携室行き

FAX 0568-74-4516

TEL 0568-76-1434 月～金曜日午前8時30分～午後7時
土曜日午前9時～12時（正午）

紹介患者連絡用紙

下記、患者さんから地域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： _____