

**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： \_\_\_\_\_