

## 紹介患者さまの受診連絡票

医療機関名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_ 先生 御机下

令和 年 月 日

拝啓 先生には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

この度は下記患者さまをご紹介いただきありがとうございました。

患者 様( 年 月 日生)につきましては

令和 年 月 日に 科に受診されましたので、

取り急ぎお知らせ申し上げます。

敬具

独立行政法人国立病院機構  
東名古屋病院 地域医療連携室  
TEL 052-801-1173  
FAX 052-801-2104