

紹介患者さまの入院連絡票

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 病棟 に入院されましたので、

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