

紹介患者さまの退院連絡票

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 を退院されましたので、
ご連絡申し上げます。

敬具

ご紹介日 令和 年 月 日

入院年月日 令和 年 月 日

入院棟 病棟

担当医 科 医師名:

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