

外来連絡票 受診日 年 月 日 () 午前 / 午後

先生

→友仁山崎病院 入退院支援室 TEL 0749-23-1812 FAX 0749-23-2600

患者氏名						生年月日		年	月	日	生
友仁山崎病院 ID :											
事業所名								担当者〔			
TEL :								FAX :			
今回の連絡票送付の目的 ☐ 状態報告 ・ 相談 ☐ 問い合わせ ☐ その他()											
内容（簡潔に）											
外来 → 地域事業所 報告者〔											
次回受診予約： 年 月 日 時 ~ 時											
詳細結果											