

外来連絡票

受診日 年 月 日 () 午前 / 午後

本日の受診科 科 担当医 先生

→友仁山崎病院 入退院支援室 TEL 0749-23-1892 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	<input type="checkbox"/>	状態報告	・	相談	
	<input type="checkbox"/>	問い合わせ			
	<input type="checkbox"/>	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					