

地域医療連携室担当者	発信日時	年	月	日	時	分
------------	------	---	---	---	---	---

ご紹介患者様 受診報告票

医療機関 ○○医院

担当医 科 ○○ ○○ 先生侍史

TEL ○○○- / FAX ○○○-○○○○

京都市東山区本町15丁目749番地
京都第一赤十字病院 地域医療連携室
(TEL 075-533-1280. FAX 075-533-1282)

ID : 0009980005

患者氏名 病診1

性別男

生年月日 昭和40年01月01日

(43 才)

- (1) _____ に 糖内リウ 科を受診されましたので
取り急ぎご報告申し上げます。ご紹介有り難うございました。
- (2) 診断の結果、_____ 科の診断が必要と判断し、紹介させていただきました。
- (3) 本日の入院が必要ですので、下記のごとく処理させていただきました。
詳細は、後日ご報告申し上げます。
診療科 : _____ 、 病棟 : _____ 、 主治医 : _____
- (4) その他