

～受診依頼 FAX 0480-61-4467～

中田病院：地域医療連携室

医事課

平成 年 月 日

施設名
TEL

【受診日時】 月 日 () 時 分

【受診科】 内科 整形外科 皮膚科

初診 再診 定期受診

(医師名)

【氏名】 様 ID番号 ()

【体温】 () 度

【血压】 (/)

【脈】 () 回

【SP0²】 () %

【依頼内容・主訴】

初診のため下記事項記入します

住所

連絡先