

# 紹介状 (登録医 名古屋第二赤十字病院)

平成 年 月 日

名古屋第二赤十字病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

フリガナ \_\_\_\_\_ 明・大  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 昭・平 年 月 日生

住 所

診療情報

名古屋市医師会登録医番号  
(名古屋第二赤十字病院登録医番号)

TEL ( ) -

氏 名

FAX ( ) -

《名古屋第二赤十字病院事務記載欄》

月 日 \_\_\_\_\_ 科に外来受診 (一般外来・救急外来)。

ID番号

.....