紹　　介　　状

（登録医→日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院）

令和　　年　　月　　日

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

ﾌﾘｶﾞﾅ　　T・S

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿男・女　　H・R　　年　　月　　日生

住　　所

診療情報

名古屋市医師会登録医番号　　TEL（　　）　　ー

（日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院）

氏　　名　　FAX（　　）　　ー

《日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院事務記載欄》

＿＿月＿＿日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科に外来受診（一般外来・救急外来）。

ＩＤ番号　□□□□□□□ ― □