

患者様用

## 紹介状作成依頼書

依頼日:令和 年 月 日

ID 患者名 様

生年月日:昭和・平成・令和 年 月 日生まれ

他院への紹介状を希望致します。

<内容>

※紹介先・紹介先の医師が決まっている方は下記に記載をお願いします。

<紹介先>

<紹介先の医師>

科 先生

<画像> 要 ・ 不要 (CD-R でのお渡しとなります)

1週間程度作成にお時間を頂きます。

内容によってはお電話にてご連絡させていただくこともあります。

繋がりのやすい連絡先をご記入ください。 TEL: \_\_\_\_\_

以上の事を同意いただけるようでしたら下記同意欄にチェックとサインをお願い致します。

同意します

同意しません

氏名 \_\_\_\_\_