

※ 患者紹介医から病院担当者へ経過報告依頼

紹介患者経過報告依頼書

市立伊丹病院

_____様（ 年 月 日生）を

令和 年 月 日に _____科に

紹介しましたが、その後の経過情報を知らせてください。

市立伊丹病院地域医療連携室

FAX 072-777-8277（地域医療連携室直通）

令和 年 月 日

紹介医： _____

連絡先：電話 _____

FAX _____