

記載日 年 月 日

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40
手稲溪仁会病院
地域連携福祉センター 宛

TEL:011-685-2904
FAX:011-685-2908

紹介元医療機関

所在
名称

医師名 (診療科)

TEL	()	—
FAX	()	—

[illegible]

持参資料 (無 · 当日持参 · 郵送 · · · X線 · CT · MR · 内視鏡 · 超音波 · 心電図 · 検査記録)