

記載日 年 月 日

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

手稻溪仁会病院

患者サポートセンター 地域連携・医療相談室 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)

()

()

[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)