

他科受診連絡票			
患者名・ID		受診日	
		年	月 日
受診科	科	入院科	科
受診医	Dr.	主治医	Dr.
院内紹介状記載日	年 月 日		
受診方法	往診 ・ 車椅子 ・ 歩行可		
移動介助	無 ・ 一部介助 ・ 全介助		
持参物	無 ・ 有 ()		
同日他科受診	無 ・ 有 (科)		
その他特記事項			