

問い合わせ F A X 用紙

年 月 日

宛先 名古屋徳洲会総合病院 医療連携室 行

医療機関名：

医 師 名：

依頼科： \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生

患者様氏名： \_\_\_\_\_ 殿 男・女

生年月日： 明・大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

照会欄

【期限】 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

【回答方法】

T E L 番号 ( \_\_\_\_\_ )

F A X 番号 ( \_\_\_\_\_ )

郵送

回答欄

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 回答医師名 \_\_\_\_\_

お問い合わせありがとうございました。

[受付日時： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ) 受付者： \_\_\_\_\_ ]

問い合わせ 名古屋徳洲会総合病院 医療連携

TEL (0568) 51-8711 (代表)

FAX (0568) 51-7115 (代表)