

紹介状

年 月 日

主治医様

大阪市 区保健福祉センター
担当医師：

次の方を紹介いたしますので、ご高診ください。

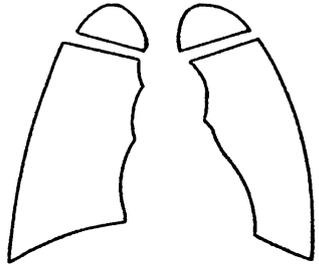
診察結果等につきましては、別紙回答書によりご回答くださいますようお願いいたします。

氏名	男・女	生年月日	年 月 日	住所	
----	-----	------	-------	----	--

【病名】

【所見】

【指導事項】

年 月 日 撮影 (フィルム No.)


大阪市 区保健福祉センター 担当 ()
〒 大阪市 区 TEL

※大阪市各区保健福祉センターは保険医療機関です