胃瘻造設紹介のお返事

　　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　鳥取市湖山町北２丁目５５５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人社団　尾﨑病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL０８５７-２８-６６１６(代表)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL０８５７-３８-３２５１(連携室)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX０８５７-３２-２５１３

この度は、ご紹介ありがとうございました。下記の通り日程調整できましたのでご連絡いたします。

尚、不都合がございましたらご連絡をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者氏名 | 　　　　　　　　　　様　 | 性別 |  | 年齢 | 　　　歳 |
| 日　程 | 入院日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　時　　　分　　　＊受付をすませてお待ちください。造設予定日　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）　退院予定日　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　）頃 |
| 担当医 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 休止薬 | 有・無 | 　薬剤名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　休薬日　　　　　月　　日　　　　　より |
| 絶食（中止） | 不要　　・　　必要　　　　月　　日　　　　より止め |
| 備考 |  |

※お問い合わせは地域連携室にお願いします。