

発送日：令和 年 月 日

退院

連絡票

御中

病院

地域医療福祉連携室

様

担当者名：

*送信枚数 枚（本紙含む）

日頃より大変お世話になっております。
下記患者様が当院を（退院可能・退院）となりますので退院時
情報提供書を送信いたします。
退院前カンファレンスの参加又は今後のフォローをよろしくお
願い申し上げます。

氏名： _____ 男・女 （ ） 歳

退院日： 令和 年 月 日

退院科： _____ 科

コメント