

郵便はがき

50円切手を
貼って投函
して下さい

--	--	--	--	--	--	--

医院・病院
科

先生
御侍史

このたび

医院・病院から

(ご紹介・逆紹介) 頂きました患者様1名が

当院を受診しましたので、クリティカルパスの

実績数として報告いたします。

平成 年 月 日

〒

医院 医師

郵便はがき

料
金
受
取
払
郵
便

3	2	0	8	7	9	0
---	---	---	---	---	---	---

宇都宮支店
承認
1167

差出有効期間
平成25年3月
31日まで

切手を貼らずに
お出し下さい。

クリティカルパス係行

栃木県医師会内

201
宇都宮市駒生町三三三七―一



このたび(ご紹介・逆紹介)頂きました

患者様

(貴院ID)

本日、当院受診されました。御礼方々ご報告申し上げます。

診断名：糖尿病 合併症(有・無)

連携パスということで、しばし当院で加療の後、再度貴院受診となる予定です。今後とも宜しくお願い申し上げます。

平成 年 月 日

〒

医院 医師