

平成 30 年×月×日

〒〇〇〇

広島市

●●医院

(担当医) 先生侍史

広島赤十字・原爆病院

地域医療連携課

TEL 082-241-3111

FAX 082-504-7576

## 紹介患者様の受診報告

貴院におかれましては、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、この度は、患者様のご紹介をいただき厚くお礼申し上げます。

ご紹介をいただきました患者様は、次のとおり当院を受診されましたので  
ご報告いたします。

なお、患者様の結果詳細につきましては、担当医よりご報告させていただきます。

ご紹介まことにありがとうございました。

受診日：

患者氏名：

診療科：

担当医師：