

情報交換連絡票（地域 → 大阪国際がんセンター）

送信日時	20 年 月 日 AM : 、 PM :												
To	大阪国際がんセンター TEL 06-6945-1181 (代) FAX 06-6945-1780 (入退院支援センター)												
From	施設名： 記載者： 電 話： FAX：												
患者氏名	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">様</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">生年月日</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td>診療科</td> <td style="text-align: center;">科</td> <td colspan="4">医師名</td> </tr> </table>		様	生年月日	年	月	日	診療科	科	医師名			
	様	生年月日	年	月	日								
診療科	科	医師名											
返信 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要													