協力透析医療機関紹介回答書

様式第７－２号

令和　　　年　　　月　　　日

（医療機関名）　　　御中

群馬県健康福祉部感染症・がん疾病対策課

依頼のあった患者について、下記の医療機関から回答をいただきました。

受診にあたっては、下記の医療機関へ患者情報・受診希望日などの情報提供を行うほか、患者に対して診療情報提供書（様式第５号）または同等内容の診療情報提供書を発行してください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 連絡担当者 |  |