

様式 5 (医療機関以外の機関用)

紹介経緯等連絡票

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
住 所		TEL	- -
診断名・障害名 (おわかりになる場合)			
今までの経緯			
紹介目的とそれについての意見			
紹介機関名		TEL	- -
所在地 〒			
担当者名		(課・係)

*以下の項目はおわかりになる範囲でご記入ください。

身障手帳	有 (級)	無
療育手帳	有 (A - 1 A - 2 B - 1 B - 2)	無
身体障害医療福祉センター受診歴	有 (患者番号)	無
とちぎリハビリテーションセンター受診歴	有 (患者番号)	無

送付先 〒320-8503 栃木県宇都宮市駒生町3337-1

とちぎリハビリテーションセンター 医事栄養課 (TEL028-623-6124)