|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
|   | 令和3年5月10日 |   |
|   |  |   |
|   | 〒000-0000 |  | 医療法人〇〇会 |   |
|   | 住所 |  | 〇〇〇〇クリニック |   |
|   |   |  | 〒 |   |
|   |   |  | 住所 |   |
|   | 患者氏名　　　　様 |  | TEL： |   |
|   |   |  | E-mail： |   |
|   |  |  |  |  | https:// |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | 検査結果のご送付 |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | 以下の検査について、検査報告書をご送付申し上げます。 |   |
|   | ご確認いただき、ご不明点や説明が必要な点がございましたら、本書類に記載の電話番号、またはE-mailにてご連絡くださいますようお願い申し上げます。 |   |
|   |   |
|   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | 受付日 |   | 受付№ |   |   |
|   | 氏名 |   | 性別 |   |   |
|   | 生年月日 |   | 年齢 |   |   |
|   | カルテ№ |   |   |
|   | 検査日 |   |   |
|   | 診療科 |   |   |
|   | 検査項目 |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   | 備考 |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |