

紹介経緯等連絡票

令和 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
栃木県立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 栃木県立リハビリテーションセンター
医事課 初診予約担当宛て (TEL028-623-7254)