

「浦添市CKD・糖尿病性腎症重症化予防プログラム病診連携」FAX連絡票

【送信先】

浦添市 健康づくり課 健康対策係 宛
(浦添市保健相談センター)

FAX: 875-1579

<連絡>

本日、 年 月 日

(医療機関名) _____ より、患者紹介がありました。

【送信元】

医療機関名

電話番号

FAX番号