

肺浸潤轉介單

請醫療院所將轉介單送交受檢者交回衛生所

* 受檢者姓名：

* 性別：男 女

檢查結果：

檢查日期： 年 月 日

檢查結果：

開立單位：高雄市桃源區衛生所

連絡電話： 6861126*308

傳真電話： 6861053 日期：年 月

日

=====

* 醫院檢查結果：

檢查日期： 年 月 日

檢查項目：

檢查結果：

* 建議：

需進一步轉介給 科醫師診治

其他：

* 醫院名稱：

* 回覆醫師簽章：

* 聯絡電話：

高雄市政府衛生局、高雄市桃源區衛生所 關心您！