

# 診療情報提供書

年 月 日

大宮ひざ関節症クリニック

紹介元医療機関名・住所・電話番号

殿

医師署名

フリガナ 患者氏名				性別：男・女		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日（ 歳）	職 業	
患者住所				電話番号		
傷 病 名	主傷病	1.	2.			
	副傷病	1.	3.			
		2.	4.			
紹介目的	.....					
既往歴 及び 家族歴	.....					
症状経過 及び 検査結果	.....					
治療経過	.....			現 在 の 処 方	.....	
	.....				.....	
備 考	.....					

備考 1. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録等を添付してください。  
2. 記入欄が不足する場合は、別紙を添付してください。

お問い合わせ：埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-209 グランディ桜木ビル4F  
TEL:0120-137-061 FAX:048-871-9162