

## 診療情報提供書

年 月 日

貴医療機関情報	貴医療機関名		診療科	
	住所		貴医師名	
	電話	FAX		

※貴院横判でも構いません

患者情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢
	患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	歳
診療情報	現住所	電話(      ) -		
	診断	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側 鼠径ヘルニア		
療 関 連 情 報	術前検査	<input type="checkbox"/> 紹介元医療機関にて実施 <input type="checkbox"/> 新橋DAYクリニックにて実施		
	CT持参	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
報	既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	その他・特記事項	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

**宛先 新橋DAYクリニック FAX:050-5369-3078**  
フリーダイヤル 0120-546-195 TEL:050-5527-1126

〒105-0004 東京都港区新橋1-15-7 新橋NFビル6階  
日曜・月曜・祝日 休診 受付9:00-18:00