

## 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 療 関 連 情 報	診断	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側      鼠径ヘルニア				
	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				
	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