

診療情報提供書

記入日： 年 月 日

<紹介元医療機関の情報>

貴院名：	診療科：
	医師名：
〒 所在地：	電話：
	FAX：

<患者さまの情報>

フリガナ 氏名：	男・女	生年月日： 年 月 日生 (歳)
〒 住所：	電話：	
診断：	鼠径ヘルニア 右・左・両側	
術前検査：	検査機関 貴院にて ・ 紹介先での検査を希望 CT結果の持参 あり ・ なし	
既往歴：		
病状経過：		
特記事項：		

紹介先>調布駅前そけいヘルニアクリニック 〒182-0024 東京都調布市布田 1-36-9 K ビル B1

電話：042-480-7778 FAX：042-480-7779