

診療情報提供書

年 月 日

金沢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：石川県金沢市本町2-15-1ポルテ金沢 地下1階 TEL:0120-013-733 FAX:076-204-7617