

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地	_____
名 称	_____
電話番号	_____
医師氏名	_____ 印

紹介先医療機関名

〒651-0086

兵庫県神戸市中央区磯上通7丁目1-8

三宮インテス7F

神戸静脈瘤クリニック

電話 078-230-1122

フリガナ 患者氏名 _____ 様 (男・女)      電話番号 _____
住 所 _____
生年月日 明・大・昭・平 ____年__月__日 ( ____歳)      職業 _____
傷病名または主症状
紹介目的
臨床経過及び検査結果、既往歴 等
現在の処方
備考

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム等を添付して下さい。(持参の有無を記入して下さい)  
画像診断フィルム 心電図記録 検査記録 その他 ( )