

診療情報提供書

平成____年____月____日

紹介先医療機関名

〒247-0056

神奈川県鎌倉市大船1丁目26-33 片岡ビル2F

大船静脈瘤クリニック 行

担当医 心臓血管外科 稲澤陽介 先生

紹介元医療機関の所在地 _____

名 称 _____

電話番号 _____

医師氏名 _____ (印)

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 (_____)

大船静脈瘤クリニック

電話・FAX 0467-48-0006



【診療時間】

平日（月～金）午前9時～午後5時

*手術中で外来が遅れることがありますので事前にお電話ください。