

診療情報提供書 (紹介状)

厚木市立病院  
産婦人科

年 月 日

先生

受診希望日
第1 月 日 曜日
第2 月 日 曜日
第3 月 日 曜日

《紹介元》  
医療機関名  
所在地  
電話番号  
FAX番号  
医師氏名

フリガナ		生年月日		男・女
患者氏名			( 才 )	
住所	〒		電話番号	
厚木市立病院の受診歴 (有・無)		厚木市立病院の患者番号(ID)		
		※不明の場合は未記入		

主訴又は病名・病状： 骨盤臓器脱

-----

上記にて手術を検討していますので紹介します。

症状	<input type="checkbox"/> 脱出感	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> 排尿障害	<input type="checkbox"/> その他 ( )
出産回数	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回以上
帝王切開	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回以上	
その他 診療情報				

添付資料  XP  CT  心電図  検査結果  その他 ( )