

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

〒420-0858

静岡県静岡市葵区伝馬町8-1

サンローゼビル 2階

静岡静脈瘤クリニック

電話 054-275-0770 【完全予約制】

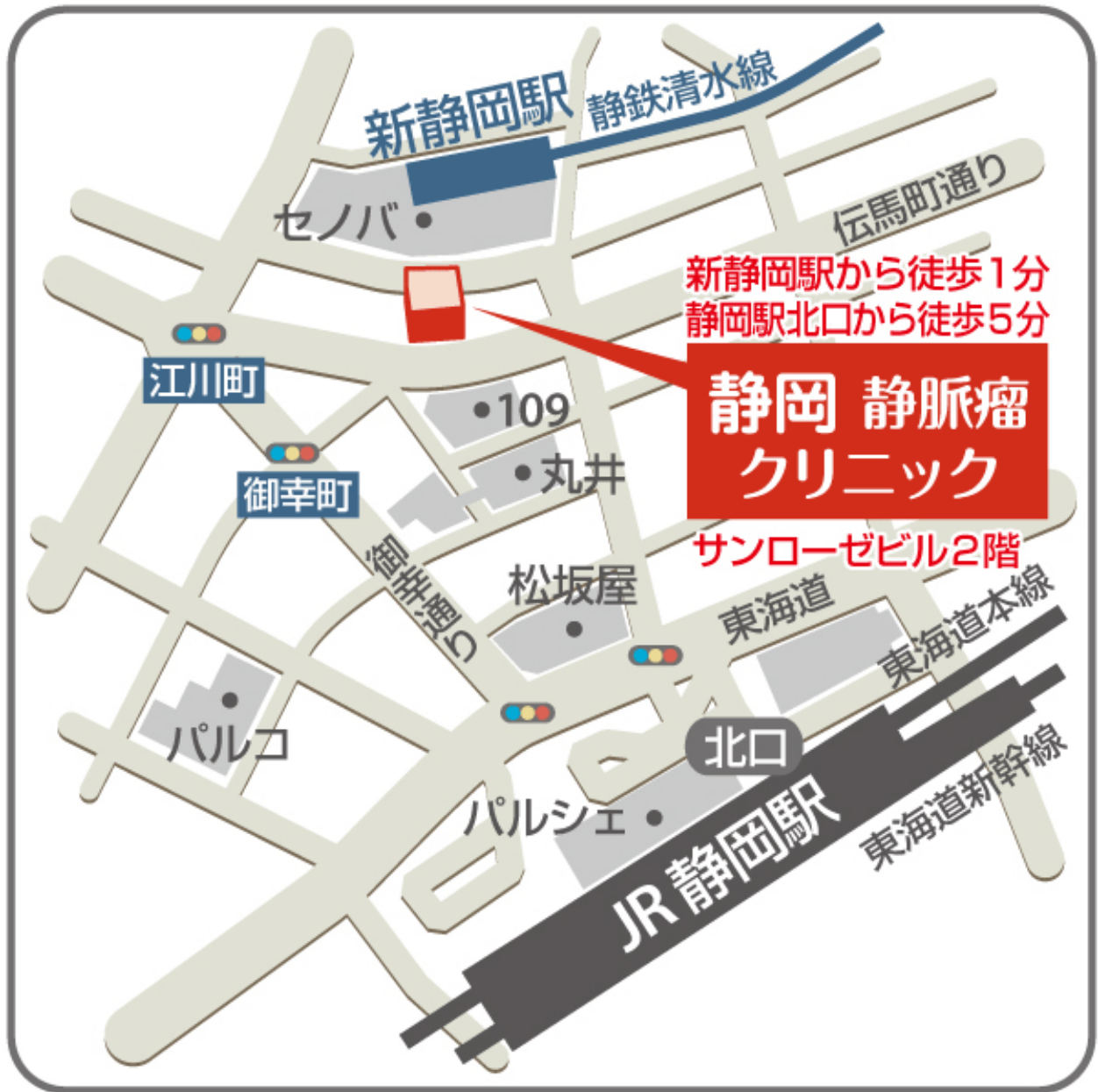
FAX 054-275-0550

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 (_____)

静岡静脈瘤クリニック

電話 054-275-0770 FAX 054-275-0550



【診療時間】

月～金曜日 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。