令和　　　年　　　月　　　日

新潟県立リウマチセンター

リウマチ科 　　　　　　　　　　　　　 医師宛て

医療機関名

依頼医師名 　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

**診療情報提供書**

〔 患者氏名 〕 　　　　　　　　　　　　　 様　　〔 性別 〕 男 ・ 女

〔 生年月日 〕 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　　歳）

|  |
| --- |
| 主訴・診断名 |
| 紹介目的 |
| 既往歴、症状経過、治療経過など |
| 処方（ □別紙あり ） |
| 添付資料　　□なし　　□あり |
| 持参資料　　□Ｘ線　　□ＣＴ　　□ＭＲＩ　　□内視鏡　　□その他（　　　　　　　　　） |