

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

電話番号

印

## 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 ( )