

紹 介 状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

医療法人 志匠会

新横浜スパインクリニック 宛

F A X 045-533-5403

医療機関名

所在地

電話番号

診療科名

医師氏名

印

患者氏名 _____ 殿 性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳 職業

◎症状 (複数可)

腰痛 上肢の痺れ・痛み 下肢の痺れ・痛み
圧迫骨折 膀胱直腸障害

◎その他、具体的症状等

◎特記すべき既往歴

◎病状経過及び検査結果

初発時期 平成 年 月頃から or () 年前から

感染症 (無 ・ 有 ・ 不明) 薬剤アレルギー (無 ・ 有 ・ 不明)

◎現在の処方

備 考

※ 可能であれば、画像診断のフィルム、検査記録等を添付下さい。