

診療情報提供書

〒320-8580 栃木県宇都宮市中戸祭1-10-37
独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター

アピランスケア外来 先生

| | |
|--------|--|
| 医療機関名: | |
| 医師氏名: | |
| 住所: | |
| 電話番号: | |
| FAX: | |

下記の患者を紹介します

| | | | |
|------|-------------------|------------|---|
| ふりがな | | 男 | 女 |
| 患者氏名 | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日(歳) | 当科受診歴(有・無) | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |

| | |
|------|---|
| 疾患 | |
| 紹介目的 | リンパ浮腫／髪、睫毛、眉毛など脱毛／メイク相談／スキンケア／就労相談 その他: 手術歴、化学療法治療歴、放射線治療歴について(時期および内容) |
| 既往歴 | |
| | 別紙(有 無) |

※来院時に可能な範囲で、手術記録、血液検査、病理検査結果、画像を持参させてください。