**診療情報提供書**

年　　　　月　　　　日

**朝霞台駅前みなみ耳鼻咽喉科**

〒351-0022

埼玉県朝霞市東弁財１－５－１８　カロータ２Ｆ

ＴＥＬ ０４８－４７４－８７３３

ＦＡＸ ０４８－４７４－８７４３

担当医　　　南　和彦　　医師　宛

**紹介医療機関の所在地・名称**

診療科・医師氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ**  **患者氏名** |  |
| **（　　　　歳）　男　・　女** |
| **生年月日** | **大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日** |
| **主訴・傷病名と紹介目的** |  |
| **既往歴** |  |
| **治療経過** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **現在の処方** |  |