

診療情報提供書

年 月 日

依頼先医療機関名

医療法人全医会 伊藤整形・内科 あいち腰痛オペクリニック

TEL : 0587-92-3388

〒480-0102 愛知県丹羽郡扶桑町大字高雄字郷東 41

患者氏名	性別	男・女
生年月日	年	月 日 歳

患者情報等
希望する検査 部位 ()
<input type="checkbox"/> X-P
<input type="checkbox"/> MRI
<input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> その他 ()

紹介元機関情報