

診療情報提供書

医療法人社団 暁慶会 はらメディカルクリニック
宮崎 薫 宛

西暦 年 月 日

紹介医療機関の名称及び所在地：

電話番号：

FAX：

医師名： _____ 印

患者氏名 _____ 様は、当院でのホルモン剤等を用いた【体外受精を含む不妊治療・卵子凍結】を希望しております。患者様の安全のために、治療の可否の判断を含め、これまでの治療経過及び現在の病状についてご教授くださいますようお願い申し上げます。

患者氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
住所	〒			
電話番号	()			
婚姻関係	有 (配偶者氏名：) ・ 無			
診断名				
既往歴・ 家族歴				
アレルギー・ 禁忌				
病歴及び治療 経過				
現在の処方				
当院での治療 の可否	治療可 ・ 治療不可			
備考				

*必要時、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。