

# 診療情報提供書（紹介用）

平成 年 月 日

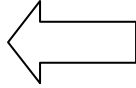
フランシラ治療院

〒150-0012

東京都渋谷区広尾 1-3-18

広尾オフィスビル 2F

TEL.03-5798-4196



医療機関名

紹介医師名

先生

TEL.

FAX.

.....

受診者氏名 \_\_\_\_\_ 様（男・女） 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

◆主訴、病名及び紹介目的：

◆既往歴、家族歴：

◆手術歴： 有／無 （ 年 月頃）

◆放射線療法： 有／無 （ 年 月 ～ 年 月）  
部位を右図に記入してください

◆リンパ浮腫（むくみの状態）： 部位を右図に記入してください

◆蜂窩織炎： 有／無 （ 年 月頃）

◆治療経過、現在の処方

