脂肪肝 早期発見・治療サポートプロジェクト in kumamoto
診療情報提供書(脂肪肝連携用)

紹介先医療機関名

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

名称

住所

電話番号

医師氏名

印

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記の患者様が、貴院での肝疾患の専門的診療を希望されておりますので御高診の程よろしくお願いたします。

患者氏名	性別 男・女
住所	
電話番号	
生年月日	職業
傷病名	脂肪肝
【紹介目的】 ☐ 精密検査＋治療方針決定まで ☐ すべて(精密検査＋治療方針決定＋治療まで) ☐ その他 ()	
【備考】	