

# 紹介状（診療情報提供書）

順天堂大学  
医学部付属

順天堂医院

FAX 03-5802-3946  
TEL 03-3813-3111

産婦人科 \_\_\_\_\_ 先生、

医療機関名	(名刺を貼付頂いても結構です)
所在地	
電話番号	
医師名	

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 女

診断  不妊  子宮内膜症  子宮筋腫  その他 ( \_\_\_\_\_ )

目的  精査  治療  内視鏡下手術  開腹手術  その他 ( \_\_\_\_\_ )

患者データの添付  US  MRI  HSG  血液データのコピー  その他 ( \_\_\_\_\_ )

付随する治療や術後のfollow upは  当院で行う  順天堂に依頼 \_\_\_\_\_

詳細な経過報告  必要  不要 \_\_\_\_\_

追記  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....