

診療情報提供書

50103D04101

こどものヘルニアセンター「鼠径ヘルニア・陰嚢水腫・精索水腫」

記載日：

公益財団法人 田附興風会

医学研究所 北野病院

小児外科 担当先生

地域医療サービスセンター

TEL: 06-6131-2955 FAX: 06-6312-8620

紹介元医療機関について

所在地

名称

TEL

FAX

医師名

印

フリガナ		北野病院受診歴： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
患者氏名	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	(患者番号：)
生年月日	年 月 日生	(歳)
住所	〒 -	
	電話： - -	

病名	<input type="radio"/> 鼠径ヘルニア <input type="radio"/> 陰嚢水腫 <input type="radio"/> 精索水腫
罹患側	<input type="radio"/> 右側 <input type="radio"/> 左側 <input type="radio"/> 両側

簡単な病歴

発症時期	
症状	
出生時体重	g
既往歴	

特記事項 (アレルギーなど)

--

※印刷に関してのお願い 内容をご入力後に【来院時持参分】と【貴院控え】の2枚出力をお願い致します。