貴 院 控

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

医療法人社団　幸星会
日本橋白内障クリニック
赤星　隆幸

〒103-0022　東京都中央区日本橋室町2丁目4-1
浮世小路千疋屋ビル（YUITO ANNEX）3F
電話 03-5542-1446　Fax 03-5542-1447

患者氏名　　殿

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日

（付記）

医療機関名

所在地

医師名

日本橋白内障クリニック宛

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

医療法人社団　幸星会
日本橋白内障クリニック
赤星　隆幸

〒103-0022　東京都中央区日本橋室町2丁目4-1
浮世小路千疋屋ビル（YUITO ANNEX）3F
電話 03-5542-1446　Fax 03-5542-1447

患者氏名　　殿

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日

（付記）

医療機関名

所在地

医師名