

診療情報提供書
(FAX 予約診療申込書)

加藤レディースクリニック 

年 月 日

送付先 FAX : 03-3366-3908

TEL : 03-3366-3777 (代表)

❖ 貴院名 :

❖ 所在地 :

❖ TEL :

❖ FAX :

❖ 医師名 :

患者イニシャル :	様	妻生年月日 :	年	月	日 (歳)
-----------	---	---------	---	---	---------

夫婦染色体核型 : 開示 ・ 非開示

妻 :

夫 :

妊娠既往 : G P (詳細をご記入ください)

不育症検査 : 未施行 ・ 済 (特記ございましたらご記入ください)

特記事項 (その他既往歴、処方等ございましたらご記入ください)

受付後、当院担当医師よりご紹介元先生まで折り返し連絡致します。