

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

医療法人再生会そばじまクリニック

傍島 聡 先生

紹介元医療機関の所在地及び名称 〒

電話番号  
医師名

印

患者氏名	(性別：男・女)
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
	職業

1. 傷病名
2. 紹介目的 (☑をお願いします) <input type="checkbox"/> 再生医療のご相談 (下記7欄チェックもお願い致します) <input type="checkbox"/> その他 ( )
3. 既往歴及び家族歴
4. 症状経過及び検査結果
5. 内科的疾患
6. 現在の処方 (内服されているすべての薬剤をお願い致します)
7-1. <u>希望の再生医療について</u> : PRP療法 <input type="checkbox"/> 、幹細胞療法 <input type="checkbox"/> 、決まっていない <input type="checkbox"/>
7-2. <u>当院での治療範囲について</u> (当院では再生医療とその後の定期フォロー診察は行います) ●再生医療のみ当院に依頼 <input type="checkbox"/> ●再生医療+リハビリ(運動療法) <input type="checkbox"/> ●再生医療+その他の標準治療すべて <input type="checkbox"/> その他ご希望がございましたらご記入ください ( )