診療情報提供書

平成　年　月　日

紹介先医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男・女　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日生　（　　　　歳）住所 |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 | 上腕骨小頭障害（離断性骨軟骨炎） |
| 家族歴・既往歴 |  |
| 症状経過及び検査結果 | この度はお世話になります．平成年月日に行った野球肘検診の際，超音波検査で上記が疑われ，精査が必要と判断致しました．ご多忙のところ恐れ入りますが，画像検査と今後の定期的なフォローアップをお願いしたく存じます． |