

診療情報提供書

年 月 日

二次聴力検査機関

病院

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記のお子さまの二次聴力検査をお願いします。

ふりがな 患者氏名		確認番号	
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号			

--	--	--	--

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。