

## 診療情報提供書

年 月 日

### 二次聴力検査機関

耳鼻咽喉科 担当医 御侍史

医療機関 :

医師 :

下記の児の二次聴力検査をお願いします。

|              |        |      |  |
|--------------|--------|------|--|
| ふりがな<br>患者氏名 |        | 確認番号 |  |
| 生年月日         | 年 月 日生 | 性別   |  |
| 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。