

年 月 日

〒162-8666

東京都新宿区河田町 8-1 南館 1 階

東京女子医科大学

東洋医学研究所クリニック

〒

施術所名

ご担当先生 御机下

鍼灸師名

TEL 03-6709-9025

TEL

紹介状

患者氏名

性別 男 ・ 女

生年月日

年

月

日

患者住所 〒

電話番号

(携帯番号)

漢方診療に依頼する症状等

現病歴、所見、治療経過等