

セカンドオピニオン外来紹介状（診療情報提供書）

平成 年 月 日

国 保 中 央 病 院

担当医 _____ 科 _____ 様
 _____ 科 _____ 様
 医療機関の所在地及び名称
 電話番号 _____ - _____

医師氏名 _____ 印

患者氏名	_____様（男・女）	明・大・昭・平	年	月	日生
患者住所	_____				
電話番号	— —	職業	_____		

紹 介 目 的	セカンドオピニオン
---------	-----------

傷病名（主訴）			
既往歴及び家族歴	薬物アレルギー（無・有）		
症状経過・検査結果・治療経過・その他	現在の処方		

備 考 （患者に関する留意点）			

- 備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果等を添付してください。