

セカンドオピニオン外来紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

_____ 様

の所在地
及び名称

電話番号 _____

医師氏名 _____ 印

患者 _____ 様（男・女）明・大・昭・平・令 _____ 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。