

滋賀医科大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来専用

診療情報提供書

作成日 年 月 日

(フリガナ)		性別		
対象者氏名 (患者様氏名)		男	生年月日	年 月 日
		女		( )歳
疾患名	1. 2. 3.			
重症度分類、ステージなど				
既往歴、家族歴、症状経過等 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				
現在の治療内容、処方内容 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				
今後の治療方針 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				
先生の所属とお名前、連絡先		医師氏名		
( ) 病院		( ) 診療科		
電話		FAX		

(注)様式は貴院のものでも結構です。