

セカンドオピニオン外来診療情報提供書

健康保険 人吉総合病院

先生御机下

紹介元医療機関名

病院・診療所

医師

印

患者氏名・性別	_____ 様 (男・女)
患者住所	〒 _____ - _____
電話番号	(_____) _____ - _____
生年月日(年齢)	(明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____) 歳
傷病名	
重症度分類・ステージなど	
現病歴 (ご自由にお書き下さい。用紙が不足している場合には、別紙でも結構です。)	
現在の治療方法内容・処方内容	
今後の治療方針	

※上記の事項が記載されている場合は、この用紙への記入でなくても構いません。