

佐久総合病院セカンドオピニオン外来あて

診療情報提供書

平成 年 月 日作成

| | |
|-----------------------------------------------------|------------------------|
| 患者様の氏名、性別 | _____ 殿 (男・女) |
| 生年月日(年齢) | (大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳) |
| 疾患名 | #1. #2. #3. |
| 重症度分類、ステージなど | |
| 現病歴 (ご自由にお書きください。 用紙が不足している場合には 別紙でも結構です。) | |
| 現在の治療内容、処方内容 | |
| 今後の治療方針 | |
| 先生の所属、お名前、連絡先 | 医療機関名・所属科(_____) |
| | 氏 名 (_____) |
| | (_____) |

上記の内容が分かれば主治医の先生の書式で結構です。