

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター
セカンドオピニオン 診療情報提供書 (医療機関記載用)

(紹介元医療機関の様式でも可)

お申込日：令和 年 月 日

当院への希望診療科と医師名	
診療科	
医師名	

医療機関名	
診療科名	
担当医師	
TEL	
FAX	

患者氏名	刀がナ
生年月日 (年齢)	大・昭 年 月 日 (歳) 平・令
病名	
重症度分類 ステージなど	
現病歴	
現在の 治療・処方内容など	
今後の治療方針	

【お申込先】 JA長野厚生連 佐久総合病院
佐久医療センター 地域医療連携室
385-0051 長野県佐久市中込 3400-28
TEL : 0267-88-7316 FAX : 0267-88-7248