

白河厚生総合病院セカンドオピニオン

診療情報提供書

令和 年 月 日 作成

患者様の氏名・性別	_____様(男・女)
生年月日(年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日(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() 電話番号 ()

* 上記の内容が分かれば主治医の先生の書式で結構です。