

セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書

苫小牧市立病院
院長様

下記のとおり貴院のセカンドオピニオンを求める患者さんの診療情報を提供しますのでよろしくお願いいたします。

患者さん氏名 _____

生年月日 _____

性別 男 女

名刺を添付していただいてもかまいません

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

年 月 日

| | |
|--|----------------------------|
| 傷病名(主訴) | |
| 既往歴 家族歴 | |
| 病状経過 検査結果 治療経過 今後の治療方針 その他 | |
| 現在の処方 | |
| 備考 | 画像データ等の添付 有 無 返却 要 不要 |