セカンドオピニオン外来紹介状（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

の所在地
及び名称

電話番号　　－　　－

医師氏名　　印

患者　　様（男・女）明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生

患者住所

電話番号　　－　　－　　職　業

紹　介　目　的	セカンドオピニオン

傷病名（主訴）	
既往歴及び家族歴	薬物アレルギー(無・有　　)

症状経過・検査結果・治療経過・その他	現在の処方

備　　考 （患者に関する留意点）	

備考　１．必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
　　２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果等を添付してください。

ほしやまクリニック