

竹田総合病院セカンドオピニオン外来あて

診 療 情 報 提 供 書

年 月 日 作成

患者さんの氏名・性別	_____ 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	_____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 歳)
疾患名	#1. #2. #2.
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	
主治医の所属・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。