

済生会長崎病院セカンドオピニオン外来宛 診療情報提供書

平成 年 月 日

患者さん	フリガナ		男・女	明・大・昭・平
	患者さん氏名	⑩		年 月 日 (歳)
	住 所	〒 —	TEL () —	FAX () —
疾患名	#1. #2. #3.			
重症度分類				
現病歴				
現在までの治療内容 処方内容				
今後の治療方針等				
主治医の連絡先	医療機関名 _____ 診療科名 _____ 主治医氏名 _____ 所在地 _____ 連絡先 TEL () — _____			