

中日病院  
セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書

作成日 年 月 日

(フリガナ)		男 女	生年月日	(明治、大正、昭和、平成) 年 月 日
対象者氏名 (患者様氏名)			( )歳	
疾患名	1 2 3			
病態、重症度等				
既往歴、家族歴、病状経過等 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				
現在の治療内容、処方内容 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				
今後の治療方針 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です。)				
先生の所属とお名前、ご連絡先				
( )病・医院 ( )診療科				
電話 FAX				
MAIL				

(注)様式は貴院のものでも結構です。