

(様式 3)

水戸済生会総合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 平成 年 月 日

(フリガナ)		男 ・ 女	生年月日	(明治・大正・昭和・平成)
対象者氏名 (患者様氏名)				年 月 日 () 歳
疾患名	1. 2. 3.			
重症度分類・ステージなど				
既往歴・家族歴・症状経過等 (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				
医療機関名 _____				
診療科 _____ 科				
ご氏名 _____				
(電話) _____ (FAX) _____				

(注) 様式は貴院のものでも結構です。