（主治医の先生がご記入ください）

②

**大分大学医学部附属病院　セカンドオピニオン外来宛**

**診 療 情 報 提 供 書（紹介状）**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者さんの | 氏名、性別 | 殿　　（ 男 ・ 女 ） |
| 生年月日（年齢） | （ 大正・昭和・平成 ）　　　年　　　月　　日生　（　　　歳） |
| 疾　　患　　名 | | ＃１．  ＃２．  ＃３． |
| 重症度分類、  ステージなど | |  |
| 現　　病　　歴　　　　（用紙が不足する場合は,別紙でも結構です。） | |  |
| 現在までの治療内容、処方内容等 | |  |
| 今後の治療方針等 | |  |
| 記　　入　　者  （主治医・連絡先） | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　病院・診療所  　　　　　　　　　　　　　科  主治医  TEL. （ ） 　　FAX. （ ） |