（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. （ ）  |