

②

(主治医の先生がご記入ください)

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. ()	