

(様式 3)

セカンドオピニオン外来診療情報提供書

平成 年 月 日

藤田医科大学病院

セカンドオピニオン外来担当医先生

紹介元医療機関

所在地

名称

科名

科

医師名

印

フリガナ		生年月日
患者氏名	殿	(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日
◆病名		
◆セカンドオピニオンの目的 診断・検査・治療 (治療全般・手術方法・手術適応・化学療法・新しい治療法)		
◆既往歴 薬剤アレルギー：あり ()・なし		
◆セカンドオピニオンの目的に照らし、必要な症状経過、治療経過、診断根拠、治療決定理由、患者さんへの説明内容などをお書きください。		