

セカンドオピニオン外来診療情報提供書

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学病院

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

医師名

科
印

フリガナ		
患者氏名	殿 (男・女)	生年月日 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、検査結果、診断根拠、治療決定理由、患者様への説明内容などをお書きください。		

スペースが足りないようでしたらこちらにもお書きください