

長崎みなとメディカルセンター
セカンドオピニオン外来
診療情報提供書

平成 年 月 日

患者	氏名、性別	_____ 殿 (男・女)
	生年月日(年齢)	(明治・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 主治医 _____ (科) TEL. () FAX. ()