

セカンドオピニオン外来診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

社会医療法人松本快生会 西奈良中央病院

担当医 _____ 科
_____ 先生医療機関
の所在地
及び名称

電話番号 — —

医師氏名 _____ 印

患者氏名	_____ 様	男・女	明治・大正 年 月 日生 昭和・平成 (歳)
患者住所	(〒 —)		
電話番号	— —	職業	

紹介目的	セカンドオピニオン
------	-----------

傷病名（主訴）			
既往歴および 家族歴	薬物アレルギー（無・有 _____）		
症状経過・検査結果・治療経過・その他		現在の処方	
備考 （患者に留意する点）			

1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像データ・検査結果等を添付してください。