

紹介・診療情報提供書 セカンドオピニオン用

宛先

〒734-8551

広島市南区霞一丁目2番3号

紹介元医療機関名称等

広島大学病院 地域連携室

〒

TEL 082-257-5079 FAX 082-257-5489

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

\_\_\_\_\_科

\_\_\_\_\_先生

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	性別	男・女
------	--	------	---------	---	---	---	----	-----

上記の方を紹介します

平成 年 月 日

紹介目的	セカンドオピニオン
主訴及び傷病名	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
その他特記事項	
当日持参される資料 (該当にレを記入)	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 検査結果資料 <input type="checkbox"/> その他 (                      )