

紹介状（診療情報提供書）セカンドオピニオン用

平成 年 月 日

患者氏名（フリガナ）	(男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)
傷病名（主訴）	
症状経過 検査結果 治療経過 処方内容 その他	
今後の治療方針	
紹介元	医療機関名 所在地 TEL FAX 診療科 科 医師名

* 上記の内容が分かれば貴院の書式で結構です。

* 画像データ等については、電子媒体での添付はご遠慮ください。