

地域医療機能推進機構 北海道病院

セカンドオピニオン外来あて診療情報提供書

患者様の氏名、性別	_____様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 ( 歳)
疾患名	
現病歴、現在の治療内容、処方内容、今後の治療方針等	
先生の所属とお名前 連絡先	平成 年 月 日 作成