

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 診療情報提供書

患者氏名・性別	_____様 (男、女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 (歳)
ご希望の診療科	() 科
傷病名	
現病歴、現在の治療内容、処方内容、今後の治療方針等	
ご紹介元の医療機関 連絡先 医師氏名	令和 年 月 日 作成