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 | 」) | 月 日生 | (歳) |
| ご希望の診療科 | (|) 和 | ŀ | |
| 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 | |
| \text{\tin}\text{\tint{\text{\tin}\tint{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\text{\ti}}\\ \tint{\text{\texi}\tittt{\text{\text{\text{\texi}\text{\text{\texi}\text{\texi}\text{\texi}\tint{\text{\texi}\tint{\text{\texi}\tint{\text{\texi}\tit | | | | |