

公立甲賀病院セカンドオピニオン外来 宛

診療情報提供書

作成日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患者氏名			
疾患名			
重症度分類・ステージなど			
既往歴、家族歴、症状経過等			
現在の治療内容、処方内容			
今後の治療方針			
先生の医療機関名・お名前・連絡先			
医療機関名		診療科	
医師氏名			
電 話		FAX	

* 記入欄が不足する場合は別紙を添付していただきますようお願いいたします。

公立甲賀病院