

セカンドオピニオン用 紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

三原赤十字病院		紹介元医療機関	
診療科名 担当医名		医療機関名 所在地 担当医氏名 電話・FAX	⑩
電話	0 8 4 8 - 6 4 - 8 4 2 1		
FAX	0 8 4 8 - 6 4 - 8 4 2 1		

患者さま	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
			男・女	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
	ご住所 ご連絡先	〒 _____		
	TEL :	FAX :		

傷病名	
紹介目的	
既往歴	
症状経過 及び 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	