

## 紹介状（診療情報提供書）セカンドオピニオン用

令和      年      月      日

患者様の氏名（フリガナ）	
性別	（ 男 ・ 女 ）
生年月日	（大正・昭和・平成・令和） 年 月 日生（ 歳）
傷病名（主訴）	
症状経過  検査結果  治療経過  処方内容  その他	
今後の治療方針	
紹介元	医療機関名  所在地  TEL FAX  診療科 科 医師名

※上記の内容が分かれば貴院の書式で結構です。