

## 軽井沢町国民健康保険軽井沢病院

## 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。