

福島病院セカンドオピニオン外来あて

## 診療情報提供書

患者さまの氏名、性別	様 ( 男 ・ 女 )
生 年 月 日	(大正、昭和、平成) 年 月 日生 歳)
傷 病 名	1 2 3
重症度分類、ステージなど	
現 病 歴  (ご自由にお書きください。用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	
(本日の日付) 先生の所属とお名前、連絡先	平成 年 月 日作成