紹介・診療情報提供書　セカンドオピニオン用

宛先

〒734-8551

広島市南区霞一丁目２番３号

広島大学病院　患者支援センター

TEL 082-257-5079　FAX 082-257-2013

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿科

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

紹介元医療機関名称等

〒

所在地

医療機関名

電話番号

ＦＡＸ番号

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	性別	男・女

上記の方を紹介します

年　　月　　日

紹介目的	セカンドオピニオン
主訴及び傷病名	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
その他特記事項	
当日持参される資料 (該当にレを記入)	□　レントゲン　　□　検査結果資料　　□　その他（　　）