

紹介・診療情報提供書 病理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

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

\_\_\_\_\_ 病理診断科

\_\_\_\_\_ 先生

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	病理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)	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 検査結果資料 <input type="checkbox"/> その他 (                      )