

山形大学医学部附属病院セカンドオピニオン外来専用

診療情報提供書

患者さんの氏名、性別	_____ 殿 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
疾患名	# 1. # 2. # 3.
重度分類、ステージなど	
既往歴	
現病歴 (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) 医療機関名 先生のお名前、連絡先	平成 年 月 日作成

※診療情報提供書は貴院の様式で代用して頂いても構いません。