

社会医療法人 あさかホスピタル  
セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書

作成日 令和 年 月 日

フリガナ 氏名				(男・女)
生年月日	(大正・昭和・平成)	年	月	日 ( 歳)
疾患名	1 2 3			
現病歴 (用紙が不足する場合には別紙でもかまいません。)				
現在の治療内容、処置内容 (用紙が不足する場合には別紙でもかまいません。)				
今後の治療方針 (用紙が不足する場合には別紙でもかまいません。)				
病(医)院名 診療科 お名前				
連絡先	電話	( )	FAX	( )
	Mail			

(注)様式は貴院のものでも構いません。