

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院  
セカンドオピニオン外来専用診療情報提供書

(様式2)

令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R
患者さまの 氏名		性別 (男・女)	年 月 日 (年齢 歳)
疾患名	1.		
	2.		
	3.		
重症度 分類、 ステージ など	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
既往歴、 家族歴、 症状経過 等	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
現在の 治療内容、 処方内容	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
今後の 治療方針	(用紙が足りないときは別紙記載をお願いいたします。)		
お借りでき る資料	1. 診療情報提供書 2. レントゲン、CT、MR等画像資料 3. 血液、生体、病理等検査資料 4. 心電図、超音波検査等資料 5. その他 ( )		
先生の 所属 医療機関	病院(診療所)名:		
	診療科:	医師名:	登録医番号:
	連絡先: TEL	— —	FAX — —

※上記の内容を記載いただければ、様式は問いません。

以下病院使用欄

患者番号								-	
------	--	--	--	--	--	--	--	---	--

月 日 科受診 担当医: