診療情報提供書(紹介状)　セカンドオピニオン外来用

宛先

〒814-0180

福岡市城南区七隈七丁目４５番１号

福岡大学病院　地域医療連携センター

TEL 092-801-1011　FAX 092-862-8622

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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	大・昭・平・令　　年　　月　　日	性別	男・女

上記の方を紹介します

令和　　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 (用紙が不足している場合には別紙でも結構です。)	
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（　　）