

信州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 .
重症度分類、ステージなど	
現病歴 (ご自由にお書きください。 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) 先生の所属とお名前、連絡先	平成 年 月 日作成