

セカンドオピニオン外来 診療情報提供書

年 月 日

大垣徳洲会病院

セカンドオピニオン担当医

紹介元医療機関

所在地

名称

科名

医師名

印

(フリガナ) 患者氏名 様	男・女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
●病名		
●セカンドオピニオンの目的 診断・検査・治療法（治療全般・手術方法・手術適応・新しい治療法）		
●既往歴 薬剤アレルギー：あり（ ）・なし		
●セカンドオピニオンの目的に照らし、必要な症状経過、治療経過、検査結果、診断根拠、治療決定理由、患者様への説明内容などをお書きください		