

# 紹介・診療情報提供書 乳腺セカンドオピニオン用

宛先

〒739-0016

東広島市西条岡町8-13

医療法人社団樹章会 本永病院

TEL.082-423-2666 FAX. 082-422-6190

外科

角舎 学行 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	明・大・昭・平 年 月 日	性別	男・女
------	--	------	---------------	----	-----

上記の方を紹介します。

平成 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	
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)	<input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 検査結果資料 <input type="checkbox"/> その他( )