

【紹介元医療機関記入】 ※紹介元医療機関様式をご使用いただいても結構です。 (別紙2)

セカンドオピニオン 診療情報提供書

近江八幡市立総合医療センター

担当医

科

先生 御侍史

紹介元医療機関所在地及び名称

医師名

TEL

FAX

フリガナ		男・女	大・昭・平・令
患者氏名			年 月 日生
疾患名(傷病名)		様	歳

症状経過及び検査結果

治療結果

現在の処方

今後の治療方針