

# 大阪中央病院セカンド・オピニオン外来あて 診療情報提供書

平成 年 月 日 作成

患者さまの氏名、性別	(男・女)
生年月日(年齢)	M・T・S・H 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 ※ご自由にお書き下さい。 用紙が不足している場合には 別紙でもかまいません。	
現在の治療内容,処方内容	
今後の治療方針	
紹介元医療機関	所在地
	名称
	医師氏名
	TEL ー ( ) ー