

# 診療情報提供書

あて先 千葉大学医学部附属病院 セカンドオピニオン外来

作成年月日 平成 年 月 日

患者様のお名前・性別	_____ 殿 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
傷病名	* * *
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。書ききれない場合は別用紙にお願いします。)	
現在の治療内容・処方内容	
今後の治療方針	
医療機関名および 先生のお名前等	医療機関名： _____ お名前： _____ 所 属： _____ 連絡先 TEL :           —           — FAX :           —           — Eメール： _____