**紹介状（診療情報提供書）　　（紹介元医療機関の様式でも可）**

**②**

**大阪大学医学部附属病院**

**オンラインセカンドオピニオン　　　　　　　 　　　 令和　　　年　　　月　　　日**

|  |  |
| --- | --- |
| **紹介元医療機関の**  **所在地及び名称** |  |
| **電話番号(連絡先)** |  |
| **診　療　科** |  |
| **担　当　医　師** |  |

**科**

**先生様**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者さんの氏名、性別 | 殿 　（　男、女　） |
| 生年月日（年齢） | （大正、昭和、平成、令和）　　 　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  （ご自由にお書きください。  用紙が不足している場合には別紙でも結構です。） |  |
| 現在の治療内容、処方内容 |  |
| 今後の治療方針 |  |