

# 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

\_\_\_\_\_ 科

\_\_\_\_\_ 先生様

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	

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	