

セカンドオピニオン外来紹介状 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

奈良県総合医療センター

担当医 _____ 科
_____ 様

医療機関
の所在地
及び名称

電話番号 — —

医師氏名

印

患者氏名	_____ 様 (男・女)	大・昭・平・令	年	月	日生
患者住所	_____				
電話番号	—	—	職業	_____	

紹介目的	セカンドオピニオン
------	-----------

傷病名 (主訴)		
既往症及び 家族歴	薬物アレルギー (無・有)	
症状経過・検査結果・治療経過・その他	現在の処方	

備考 (患者に関する留意点)		

- 備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の結果等を添付してください。

奈良県総合医療センター