

(様式 2)

済生会滋賀県病院 セカンドオピニオン専用
診療情報提供書

作成日 年 月 日

(フリガナ)			
対象者氏名 (患者様氏名)	男・女	生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 (才)
住 所	〒 電話 FAX		
疾患名	1 2 3		
重症度分類、ステージなど (用紙が不足する場合には別紙でも結構です)			
現在の治療内容、処方内容 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です)			
今後の治療方針 (用紙が不足する場合には別紙でも結構です)			
先生の所属とお名前			
病院名 _____		診療科 _____	
医師氏名 _____			

(注) 様式は貴院のものをご使用いただいても結構です