

セカンドオピニオン用 紹介・診療情報提供書

平成 年 月 日

広島赤十字・原爆病院		紹介元医療機関	
診療科名 担当医名		医療機関名 所在地 担当医氏名 電話・FAX	㊞
電話	082 - 241 - 3111 (内線) 3212		
FAX	082 - 504 - 6676		

患者さま	氏名	(ふりがな)	性別	生年月日
			男・女	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
	ご住所 連絡先	〒 _____ TEL : _____ FAX : _____		
傷病名				
紹介目的				
既往歴				
症状経過 及び 検査結果				
治療経過				
現在の処方				
備考				