

北海道大学病院セカンドオピニオン外来あて

診療情報提供書（Ⅱ）

患者さんの氏名, 性別	_____ 殿 (男, 女)
生年月日 (年齢)	(大正, 昭和, 平成) 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	
(本日の日付) 先生の医療機関とお名前, 連絡先	平成 年 月 日 作成 医療機関名 _____ 先生の氏名 _____ TEL(- -)FAX(- -)