

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

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	
(本日の日付)	年 月 日 作成
先生の医療機関とお名前, 連絡先	医療機関名 _____ 先生の氏名 _____ TEL (- -) FAX (- -)