

横浜市立みなと赤十字病院 セカンドオピニオン担当医あて

診療情報提供書

患者さまの氏名、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	
重症度分類、ステージなど	
<p>現病歴</p> <p>(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。)</p>	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	
患者さまへの説明・告知状況	
<p>(本日の日付)</p> <p>先生の所属とお名前、ご連絡先</p>	平成 年 月 日作成