

# 診療情報提供書 (がんセカンドオピニオン外来用)

平成 年 月 日

愛知医科大学病院

希望診療科 \_\_\_\_\_ 科

医療機関名
所在地
医師名
TEL ( ) -
FAX ( ) -

○愛知医科大学病院の受診歴 (有・無・不明) (愛知医大 ID: )

フリガナ		性別		明・大・昭・平
患者氏名	様	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
紹介目的	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン			
疾患名				
重傷度分類・ステージなど				
既往歴	薬物アレルギー (有・無)			
病状経過 治療経過 検査結果 現在の処方 等				
今後の治療 方針				

愛知医科大学病院 医療連携センター (地域医療連携室) TEL (0561)65-0221 FAX (0561)65-0225

(注) 様式は貴院のものでも結構です。