

診療情報提供書 (セカンドオピニオン外来用)

令和 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

印

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・令
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				
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。