

国立病院機構信州上田医療センターセカンドオピニオン外来

診療情報提供書

患者さん氏名、性別	様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大正・昭和・平成) 年 月 日生 (満 歳)
疾患名	1. 2. 3. 4.
重症分類度、ステージ等	
現病歴 (ご自由にお書きください。 用紙不足の場合は別紙でも かまいません。)	
現在の治療内容	
今後の治療方針	
(本日の日付) 先生のご所属とお名前 連絡先	平成 年 月 日作成

この用紙でなく、先生の普段お使いの様式でもかまいません。

現病歴