

九州大学病院セカンドオピニオン外来あて

診 療 情 報 提 供 書

患者様の	氏名、性別	_____様 (男、女)
	生年月日 (年齢)	(大正、昭和、平成) 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)	平成 年 月 日作成	
先生の所属とお名前、連絡先		

様式は任意で結構ですが、上記内容をご記入ください。