

診療情報提供書

(セカンドオピニオン)

医療法人社団誠療会 成尾整形外科病院

担当医師 宛

下記患者様はセカンドオピニオンをご希望されておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

フリガナ			
患者氏名:	様	性別:	職業:
生年月日:		(歳)	
住 所:			電話:

傷 病 名	
紹介目的	
	<input type="checkbox"/> 加療 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> その他
既往歴・症状経過・検査結果・治療経過・今後の方針など:	
処方	
備考	<添付書類> <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 検査記録 <input type="checkbox"/> その他()

備考: 1. 必要がある場合には、続紙に記載し添付するか、退院サマリーなどを添付すること。

2. 必要がある場合には、画像診断のフィルム、検査の記録などを添付すること。

医療法人社団誠療会 成尾整形外科病院