

獨協医科大学病院・がんに関するセカンドオピニオン外来あて

診療情報提供書

患者さんの氏名・性別	_____ さま (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) 医療機関名 所在地 先生のお名前・連絡先	年 月 日作成

