

(第3号様式)

北九州市立医療センター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	_____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) 先生の所属とお名前、連絡先	令和 年 月 日作成