

獨協医科大学埼玉医療センター・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	_____様 (男・女)
生年月日 (年齢)	(大・昭・平・令) 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。 用紙が不足する場合には別紙 でも構いません。)	
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・ご連絡先	令和 年 月 日 作成    