

紹介状(診療情報提供書)  
セカンドオピニオン外来専用

淀川キリスト教病院

年 月 日

科

先生侍史

紹介元医療機関所在地及び名称

電話番号

医師名

フリガナ		男	生	明・大・昭・平・令	歳
患者氏名		・	年	年	日生
		女	月	月	
			日		
疾患名					
【現病歴】					
【現在の処方内容】					
【今後の治療方針】					