

# 紹介状 (診療情報提供書)

(セカンドオピニオン受診用)

TEL<0562>46-2311 (代表)

FAX<0562>46-3309

国立長寿医療研究センター

科

医師

患者氏名

生年月日

性別

職業

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

上記の方を紹介いたします。

令和 年 月 日

紹介目的	セカンドオピニオン
傷病名 (主訴)	
既往歴	
家族歴	
症状経過、 検査結果、 治療経過 等	
現在の処方	
備考	画像データの添付：有・無 返却：要・不要