

紹介状 (診療情報提供書)

(セカンドオピニオン受診用)

名古屋市立大学病院

TEL<052>851-5511

(代表)

_____科

_____先生

(名刺をご添付いただいても結構です)

患者氏名

医療機関名

生年月日

所在地

性別

電話番号

職業

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 その他	
現在の処方	
備考	画像データの添付：有・無 返却：要・不要

※患者氏名等については貴院の患者カードをエンボスしていただいても結構です。