

(別添様式2)

長野県立こころの医療センター駒ヶ根 セカンドオピニオン外来

診 療 情 報 提 供 書

平成 年 月 日作成

患者さんの 氏名・性別	(男 ・ 女)
患者さんの 生年月日	M・T S・H 年 月 日生 (歳)
疾 患 名	
現 病 歴	
現在の治療内 容・処方内容	
今後の治療方針	
先生の所属 氏名・連絡先	医療機関名 氏 名 電 話 番 号

※ 上記の内容が分かれば、主治医の先生の書式で差し支えありません。