（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・ＴＳ・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。