

診療情報提供書(セカンドオピニオン用)

年 月 日

東京都済生会中央病院

先生
医療機関
住所
TEL
医師名

患者さんの氏名(フリガナ) ・ 性別	男・女
患者さんの生年月日	年 月 日

診断

重症度分類・ステージ等

現病歴

現在の治療内容・処方内容等

今後の治療方針