

診療情報提供書(セカンドオピニオン用)

平成 年 月 日

東京都済生会中央病院

先生

医療機関名  
住所  
TEL  
医師名

患者氏名		患者番号	性別	男・女
生年月日				

診断

--

重症度分類、ステージ

--

現病歴

--

現在の治療内容、処方内容

--

今後の治療方針

--