

様式 3

紹介状（診療情報提供書）

山形県立中央病院がんセカンドオピニオン外来あて

患者さんの氏名、性別	様（男、女）
生年月日（年齢）	年 月 日生（ 歳）
疾患名	1 2 3
重症度分類、ステージなど	
現病歴 （自由記載で結構です。）	
現在の治療内容、処方内容	
今後の治療方針	
作成年月日 先生の医療機関名 お名前 連絡先	令和 年 月 日作成 医療機関 主治医お名前 連絡先（電話） (FAX)