セカンドオピニオン外来紹介状（診療情報提供書）

南和広域医療企業団

南奈良総合医療センター　　令和　　年　　月　　日

担当医　　科　　医療機関の

様　　所在地及び名称

電話番号　　－　　－

医師氏名　　印

患者氏名	様（男・女）	生年月日	年　　月　　日
患者住所			
電話番号	－　　－	職業	

紹介目的	セカンドオピニオン

傷病名（主訴）	
既往歴及び 家 族 歴	薬物アレルギー（無 ・ 有　　）
症状経過・検査結果・治療経過・その他	
現在の処方	
備考 （患者に関する留意点）	

備考　1. 貴病院の様式がある場合は、その様式で作成していただいても結構です。

2. 必要がある場合は画像診断のデータ、検査の結果等を添付してください。

南和広域医療企業団　南奈良総合医療センター