

[様式3]

紹介状（診療情報提供書）

（セカンドオピニオン用）

和歌山県立医科大学附属病院

科

先生

患者氏名

生年月日

性別

職業

-----（名刺を後添付いただいても結構です）-----

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

上記の方を紹介いたします。

年 月 日

紹介目的	セカンドオピニオン
傷病名 (主訴)	
既往歴 家族歴	
症状経過 検査結果 治療経過 その他	
現在の処方	
備考	画像データの添付：有 ・ 無 返却：要 ・ 不要

※ 患者氏名等については貴院の患者カードをエンボスしていただいても結構です。