

セカンドオピニオン外来 診療情報提供書

※現在受診医療機関様式を使用の場合は不要

トヨタ記念病院
セカンドオピニオン外来担当医 殿

年 月 日

病院名 _____

医師名 _____

TEL : (_____) - _____

FAX : (_____) - _____

フリガナ		生年月日	明大昭平
患者氏名	(男 ・ 女) 印	年 月 日	(歳)
住 所	〒 - TEL : (_____) - _____		
疾 患 名			
セカンドオピニオン 希望理由			
経過及び検査結果 現在の処方、等			

トヨタ記念病院 地域医療連携グループ

受付時間：平日 9:30~16:30

Tel (0565) 74-3091

Fax (0565) 29-8828