

紹介状（診療情報提供書）：セカンドオピニオン用

日本赤十字社医療センター

科

先生

下記のとおり紹介します。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

※名刺を添付いただいても結構です

患者氏名	様（男・女）
生年月日	年 月 日（歳）
疾患名	1. 2. 3.
症状経過 検査結果 治療経過 今後の治療方針 その他	
現在の処方	
備考	画像データ等の添付 有・無 / 返却 要・不要