様式２

(紹介元医療機関の様式でも可)

**紹介状（診療情報提供書）**

宮崎県立宮崎病院

セカンドオピニオン外来　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　 年　　 月 　　日

科

先生

　　　　　　　　紹介元医療機関名

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　担当医師

患者　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　（ 男・女 ）

　生年月日（大正、昭和、平成、令和）　　年　　　月　　　日生（　　　）歳

　　　　住所

疾患名　１

　　　　２

　　　　３

重症度分類、ステージなど

現病歴

現在の治療内容、処方内容

今後の治療方針