

長野県立こども病院 セカンドオピニオン外来専用  
診 療 情 報 提 供 書

令和 年 月 日作成

患者様の氏名、性別	_____様（男・女）
生年月日（年齢）	昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）
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	
先生の所属、お名前、連絡先	医療機関名 所属診療科 氏 名 電 話

※上記の内容がわかれば主治医の先生の書式で結構です。