**紹介・診療情報提供書 病理セカンドオピニオン用**

年　　月　　日

宛先

〒339-0023

埼玉県戸田市本町1丁目14番1号3階 　　　紹介元医療機関名称等

TEL 048-433-3719 / FAX 048-446-3167 　　　　　　〒

医療法人社団東光会　　　　　　　　　　　　所在地

戸田中央病理診断科クリニック 　　　　　　 医療機関名

病理診断科　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女

生年月日（　大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　）　　 年　　 月　　 日

上記の患者を紹介します。

|  |  |
| --- | --- |
| 紹 介 目 的 | 病理セカンドオピニオン |
| 主 訴 及び傷 病 名 |  |
| 既 往 歴 及び家 族 歴 |  |
| 症 状 経 過 及び検 査 結 果 |   |
| 治 療 経 過 |  |
| 現 在 の 処 方 |  |
| そ の 他 特 記 事 項 |  |

※詳細な医療データ（病理プレパラート標本（可能ならば未染色標本スライド・標本ブロック）や病理診断報告書の写し等）をご郵送ください。