

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

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

医療法人社団東光会

戸田中央病理診断科クリニック

病理診断科

先生

紹介元医療機関名称等

〒

所在地

医療機関名

電話番号

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。