セカンドオピニオン診療情報提供書

Fax送付先　福井県立病院地域医療連携推進室　0776－57－2901

医療機関名
医師名
電話　　Fax

患　　者	
ふりがな	
氏名	男・女
生年月日	M･T･S･H　　年　　月　　日
住所	
連絡先	（自宅）　　（携帯）
福井県立病院の来院歴	有　　無

セカンドオピニオン外来診察			
希望科	科 県立病院に一任	希望担当医	医師 県立病院に一任

傷病名（現病）

既往症

症状経過及び検査結果

治療方針

備考：セカンドオピニオン外来では検査・治療はできません。セカンドオピニオン外来時に検査等をご希望される場合は、通常の診療予約のご利用をお願いします。