

(新潟大学医歯学総合病院セカンドオピニオン外来)

紹介状・診療情報提供書

新潟大学医歯学総合病院

科

先生

紹介医療機関の名称・所在地

医療機関名：_____

所在地：_____

医師名：_____ ⑩

電話：_____ ()

FAX 番号：_____ ()

患者の住所・氏名・性別・ 生年月日・連絡先	〒： 住所：
	ふりがな 氏名： _____ 男・女
	昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳)
	電話番号： _____ () FAX: _____ ()
	Eメール： _____
新潟大学医歯学総合病院 受 診 歴	有(受診券ID: _____ - _____)・無・不明
紹 介 理 由 (紹介後の方針に関する希望)	
主 訴 及 び 疾 病 名	
既往歴及び家族歴等	
現 病 歴 及 び 現 症 検 査 所 見 治療経過及び現在の処方	

備考 1. セカンドオピニオンは予約が必要です。

2. 画像データ、検査の記録等の添付をお願いします。

3. 封書には宛名をご記入ください。

4. 貴医療機関で所定の書式をお持ちの場合は、記載内容が同じであれば貴医療機関のものでも結構です。

新潟大学医歯学総合病院

(〒951-8520 新潟市中央区旭町通1番町754番地 代表電話：025-223-6161)