紹介・診療情報提供書　セカンドオピニオン用

宛先

〒734-8551

広島市南区霞一丁目２番３号

紹介元医療機

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話　番　号

Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号

方	
その他特記事項	
当日持参される資料 (該当にレを記入)	□　レントゲン　　□　検査結果資料　　□　その他（　　）