様式６

がんセカンドオピニオン御返事

患者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生御侍史

当科診断　　診断名【　　】

当科の診断として別紙のとおりの意見とします。今後の診療につき宜しくお願い致します。

令和　　年　　月　　日

山形県立中央病院　　科＿＿＿＿＿＿＿医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〒990-2292　山形県山形市大字青柳１８００番地

ＴＥＬ　023-685-2757　　ＦＡＸ　023-685-2606