

# 診療情報提供書

紹介先医療機関所在地

名称

電話番号

医師氏名

|              |                     |    |     |
|--------------|---------------------|----|-----|
| 患者氏名         | 様                   | 性別 | 男・女 |
| 患者住所<br>電話番号 | 〒<br><br>電話 ( )     |    |     |
| 生年月日         | 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 ) | 職業 |     |

|            |
|------------|
| 主訴・傷病名     |
| -----      |
| 紹介目的       |
| -----      |
| 家族歴・既往歴    |
| -----      |
| 症状経過・検査結果  |
| -----      |
| 治療結果と現在の処方 |
| -----      |
| 備考         |

※X線写真やCT、口腔内写真などある場合には、メールやCDなど別途送っていただけると幸いです。

※その他不明点などは直接ご連絡いただけると幸いです。

Mail ; houyuukai.dentaloffice@gmail.com