

診療情報提供書

紹介先医療機関等名

担当医

科

先生

平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

歯科医師氏名

印

患者氏名

性別 男 女

患者住所

電話番号

生年月日

明・大・昭・平

年 月 日

(歳)

職業

歯科傷病名

紹介目的

既往歴及び家族歴

歯科的症状経過及び検査結果

これまでの歯科治療

現在の処方及び予定処方

備考・予定処置内容

備考

- 1 必要がある場合は紙面に記載して添付すること。
- 2 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
- 3 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。