

紹 介 状

紹介先医療機関名

担当歯科医師

先生御侍史

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：

名称：

電話番号

F A X

診療科名

医師氏名

印

患者氏名	殿	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

傷病名

紹介目的 月 日頃、全身麻酔下での手術予定。 周術期の口腔機能の管理をお願いしたいため、術前・術後の管理を含めてご高診・ご加療の程よろしくお願い申し上げます。
--

既往歴及び家族歴

病状経過及び検査結果及び主病に関する投薬

他疾病の状態と投薬

検査結果

尚、術前・術後で投薬の変更がある場合があります。変更がある場合はご連絡いたします。

備 考
