

# 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 必要がある場合は統紙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。