

様式 1

紹介状（診療情報提供書）

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

令和 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・令 年 月 日（ 歳）

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考 1 必要がある場合は続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 患者住所及び電話番号は必ず記入すること。