

診療情報提供依頼書

医療機関名：  
科 先生御机下

照会元医療機関名：  
所在地：

電話番号：  
担当歯科医師名：



下記の患者について、貴医療機関における診療情報の提供を依頼いたします。  
また、歯科治療時に注意すべき事項等がありましたら、加えてご教授いただければと存じます。

|      |             |       |     |
|------|-------------|-------|-----|
| 患者氏名 |             | 性別    | 男・女 |
| 生年月日 | (M・T・S・H・R) | 年 月 日 | 歳   |
| 住所   |             |       |     |

1. 診療情報の提供を依頼する目的

予定している歯科治療内容（観血処置の有無や麻酔薬の使用など）や、歯科医治療時の留意点の情報提供を求める旨を記載。

2. 提供を依頼する診療情報の具体的内容

患者の病態や服薬状況、検査内容（HbA1c や PT-INR など）など、提供して欲しい内容を記載。

3. その他、特記事項