

診療情報提供書 (I)

(歯科→医科)

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：

印

下記の患者について、診療情報を提供いたします。

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

1. 診療情報提供をする目的

検査や診断の依頼などを記入してください。

2. 提供する診療情報の具体的内容

紹介元医療機関における主訴や現病歴、既往歴、服薬状況などを記入してください。

3. その他、特記事項

その他、X線写真などの添付資料などがありましたらご記入ください。