

診療情報提供書 (I)

(歯科→歯科)

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. 紹介目的

依頼する治療内容等を記載。なお、患者返送を希望する場合はその旨と、依頼する加療範囲を記載のこと。

2. 紹介する患者の具体的情報

紹介元医療機関における主訴や診断名、現病歴、投薬状況、全身状態などを記載。

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れば記載。