診療情報提供（医科→歯科）

**紹　　　介　　　状**

令和　　年　　月　　日

歯科医療機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

歯科診療所名　　医療法人 八幡歯科医院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　所在地

　　　　　瀧下 潔　　先生侍史　　　Tel　　　　　　　　　　　Fax

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　男  女 | | 生年月日（明・大・昭・平・令）  　年　　月　　日（　　歳） |
| 患者住所・電話番号　　　　〒　　　―　　　　　　　　　　　TEL（　　　‐　　　　‐　　　） | | |
| 傷病名 |  | |
| 紹介目的 |  | |
| 既往歴及び家族歴 |  | |
| 服用中のお薬  アレルギーの有無 | あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　なし  あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　なし | |
| 病状経過  及び  検査結果 | 資料（　 あり ／ なし 　） | |
| 治療経過 |  | |
| 現在の処方 |  | |
| その他  注意事項 |  | |