

(様式11)

診療情報提供書

医療法人社団 昌栄会 相武台病院

歯科口腔外科

先生

平成 年 月 日

紹介先医療機関の所在地及び名称 _____

電話番号 _____

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	大・昭・平 年 月 日 (歳)	職業	

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をお願い致します。
2 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付して下さい。
3 紹介先が保健医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入し、かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入をお願い致します。