

診療情報提供書(紹介状)

群馬県歯科総合衛生センター 御中

平成 年 月 日

医療機関住所:

医療機関名称:

TEL:

FAX:

歯科医師名:

④

患者氏名	殿	性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日()歳

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
センターへの希望 治療終了後の報告を、 ・希望します。 ・希望しません。 終了後の歯や口腔の管理(リコール等)は、 ・当院で行います。 ・センターにお願いします。

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3. 患者住所及び電話番号を必ず記入し、センターへの希望欄は該当するものに丸印を記入すること。