**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**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**医療機関住所：**

**医療機関名称：**

**TEL：　　　　　　　　　　FAX：**

**歯科医師名：**

|  |
| --- |
| **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・令　 　　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** |
| **終了後の歯や口腔の管理（リコール等）****・当院で行います　　　・センターにお願いします　　・本人／保護者の希望でお願いします** |

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、「終了後の歯や口腔の管理（リコール等）」の欄は該当するもの

に丸印を記入すること。