診療情報連携共有に係る照会

照会先医療機関名

科　　殿

年　　月　　日

名称および住所：

電話番号　　ＦＡＸ

歯科医師氏名　　印

貴院（科）にてご加療中の患者さんについて、当院では以下のような歯科治療を予定しております。患者さんの病状や貴院（科）での投薬の状況や歯科治療上留意が必要な事項等について情報提供をお願いいたします。

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	職業

【当院傷病名】

☐う蝕　☐歯周病

☐その他（　　）

【治療予定】

☐う蝕処置　☐抜歯　☐歯周外科

☐その他（　　）

【処方・麻酔等】

【診療情報の提供を求める内容】

【備考】