

# 紹介状 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名

科

殿

年 月 日

名称および住所：

電話番号

FAX

歯科医師氏名

印

お世話になります。

下記の患者さんについてご紹介申し上げます。よろしくお取り計らいの程お願いいたします。

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

【歯科病名(当院診断名)・貴院紹介となった疑い病名等】

【紹介の目的・紹介に至る経緯】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過、歯科予定処置・手術等】

・治療経過

・歯科予定処置・手術について

・局所麻酔剤使用の有無、使用時の種類・使用量について

・投薬について

・応急処置

【既往歴及び家族歴】当院で把握できた既往歴等は以下の通りです。

【現在の処方】

【備考】