

診療情報提供書

大畑 歯科口腔外科

Hitoshi Oral surgery Association

医療法人 社団 HOSA 世田谷サージェリーセンター

〒155-0031 東京都世田谷区北沢2-20-17

Recipe SHIMOKITA 7階

TEL: 03-5779-9225 FAX: 03-5779-9226

下記の患者さんを紹介いたします。

[紹介目的：加療・CT精査・その他 ()]

(名刺を貼付頂いても結構です。)

医療機関名

所在地

電話番号

FAX 番号

歯科医師名

印

患者氏名 生年月日	様 (職業)	明治 大正 年 月 日生 (歳) 昭和 平成 (男・女)
--------------	-----------	----------------------------------

傷病名 もしくは 主要症状	既往症・家族歴での特記事項
現在までの症状及び治療経過	検査結果 有・無
備考	現在の処方 有・無

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付をお願いします。
2. 必要がある場合は X線フィルム、検査等の記録を添付をお願いします。
3. お手数ですが、紹介状は複写をして貴院にて1部保存をして頂けますようお願いいたします。