

紹介状

(診療情報提供依頼書)

鶴見大学歯学部附属病院 口腔内科
殿

令和 年 月 日

紹介元歯科医院の所在地：

名称：

電話番号：

歯科医師氏名

印

下記の患者について紹介申し上げます。よろしくお願いたします。

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	年	月 日 () 歳 職業

【傷病名】
【紹介目的】
【既往歴及び家族歴】
【症状経過及び検査結果】
【治療経過】
【現在の処方】
【備考】