

紹介状 (診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先医療機関等名

日本大学歯学部附属歯科病院

紹介元医療機関

所在地・〒

名 称

電 話 番 号

歯科医師名

科

⑩

担 当 医	科
	先生

患者氏名	男	明・大・昭・平	年	月	日生 ( 歳)
	女	職業			
患者住所		電話番号			

傷 病 名
紹介目的
既往歴及び家族歴
※感染症の有無 (必須事項) <input type="checkbox"/> 有 (感染症名 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 不明
症状経過及び検査結果
治 療 経 過
現在の処方
備 考

持参資料 ( 無 ・ 有 → レントゲンフィルム ・ その他 ) (資料の返却 不要 ・ 要 )

事前連絡 ( 無 ・ 有 → 科 先生)

- 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. 紹介先が保険医療機関以外である場合は, 紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局, 市町村, 保健所名等を記入すること。かつ, 患者住所及び電話番号を必ず記入すること。