

診療情報提供書

紹介先 〒 189-0021 東京都東村山市諏訪町3-6-1

新山手病院
歯科口腔外科 新患担当医() 殿

年 月 日

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電話番号

医師氏名

(↑ ゴム印・名刺等でも結構です)

印

患者氏名		性別	男・女
患者住所		電話番号	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)	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	

- 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市町村、保健所等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。