

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名

令和 年 月 日

奥羽大学歯学部附属病院

口腔外科・矯正歯科・小児歯科 担当医

総合歯科・歯科麻酔科

殿

紹介元医療機関の所在地

名称

電話番号

医師氏名

科

印

患者氏名

殿 性別 男・女

患者住所

電話番号 ( )

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)

職業

傷病名

紹介目的

既往歴および家族歴

症状経過、検査結果、治療経過、および現在の処方