

# 診療情報提供書

紹介先医療機関等名 三河島歯科クリニック

担当医 歯科 福井潤一 行

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

印

患者氏名		性別	男	・	女
患者住所					
電話番号					
生年月日	年	月	日	(	歳)

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。