

紹介状・診療情報提供書

年 月 日

昭和大学歯科病院

〒145-8515 東京都大田区北千束2丁目1番1号

地域歯科医療連携室 TEL

FAX 03-5498-1954

貴院の名称

所在地

医師名

科 _____ 先生

下記の患者を紹介いたします。

TEL(_____ — _____ — _____)

FAX(_____ — _____ — _____)

受診日 ____年 ____月 ____日 ____:____時

昭和大学歯科病院への受診歴[有(____年 ____月頃)・無]		紹介目的	精査・加療・入院・転医・手術
IDNo. _____		その他
*フリガナ		既往歴 (家族歴)
患者氏名 _____ 殿 (才)		
生年月日(明・大・昭・平・令) ____年 ____月 ____日 (男・女)		
.....		薬剤アレルギー(有 _____ ・ 無)	
主 訴			
.....			
治療経過 及び 病状経過			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
検査結果		現在の処方	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

備考 *画像診断フィルム、検査記録等を持参させる場合は下記にチェックをお願いします。

- * 画像フィルム
 * 心電図記録等
 * 検査結果伝票
 * その他

※「紹介状・診療情報提供書」をご希望の方はホームページからダウンロードいただけます。