【1-1】

紹介状・診療情報提供書

年　　月　　日

昭和医科大学歯科病院
〒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 03-5498-1954
FAX 03-5702-0546

貴院の名称
所在地
医師名
TEL（　　―　　―　　）
FAX（　　―　　―　　）

＿＿＿＿＿＿科 ＿＿＿＿＿＿＿＿先生
下記の患者を紹介いたします。

受診日 ＿＿年 ＿月 ＿日 ＿＿：＿＿時

昭和医科大学歯科病院への受診歴〔有（　年　月頃）・無

IDNo.

*フリガナ

患者氏名　　殿（　才）

生年月日(明・大・昭・平・令)　年　月　日（男・女）

紹介目的　精査・加療・入院・転医・手術

その他

既往歴（家族歴）

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。