

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先

国立長寿医療研究センター 歯科

初診担当医 先生

TEL 0562-46-2311

FAX 0562-46-3309

紹介医

住所

医院名

TEL

FAX

スタンプ可

下記の方を紹介します。

患者氏名

様 男・女

明・大・昭・平 年 月 日 生( 歳) 職業( )

住所

TEL ( ) -

○をつけるか記入願います。

主訴・診断・紹介目的

部位 \_\_\_\_\_ 顎関節・口唇・舌・頬粘膜・口蓋・その他( )

診断 埋伏歯・嚢胞・骨膜炎・顎関節症・その他( )

紹介目的 抜歯・摘出・消炎・その他( )

既往歴及び家族歴

高血圧・心疾患・糖尿病・肝炎( )・薬剤アレルギー( )

その他( )

病歴・診療状況

初診日 平成/令和 年 月 日

発症時期 平成/令和 年 月 日

現在の処方 ( )

その他特記事項 ( )