

診療情報提供書（紹介状）

歯科医師用

平成 年 月 日

江戸川区口腔保健センター
にこにこ歯科診療所

〒134-0013 江戸川区江戸川 5-14-4
TEL 03-5667-8020

医療機関名
所在地
電話番号
歯科医師名.....印

患者氏名.....様を紹介致します。

生年月日 明・大・昭・平.....年.....月.....日生まれ.....歳.....男・女

紹介目的 (依頼事項)	
傷病名 もしくは 主要症状	
既往歴 および 家族歴	
症状経過 および 治療経過	
現在の処方	
備考	

医療連携についてお伺いします。

- 1, 依頼治療完了後は、当院（紹介医）で治療致します。
- 2, センターでメンテナンスを含めた一口腔単位の治療を依頼致します。
- 3, その他.....