　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　〒272-8513　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 〒　　　　 　－

　千葉県市川市菅野5-11-13　 　　　　　　　　　　　　　 所在地

東京歯科大学市川総合病院　　　　　　　　　　 医療機関名

科

　 　　　　　　　　　　　先生御侍史　 　　 電話番号

<TEL:047-322-0151>(代表) 　　　　　　　　　　　　　　　　医師

　　　　 FAX:047-324-8539(地域医療連携室)　 　 　　　歯科医師　　　 　　印

診療情報提供書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (フリガナ) |  | 性別 | 生年月日 | | 年齢 |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 明 大 昭 平 令　　　年　　月　　日 | | 歳 |
| 住所　　〒　　　　　 － | | | | TEL | |
|  | | | |  | |
| 【紹介目的】  【病名・主訴】  【既往歴及び家族歴】  【症状・経過】  【処方】  【添付資料】  □ＣＤ－Ｒ　　　　□検査結果（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |