

# 患者紹介状

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

東京歯科大学市川総合病院  
〒272-8513  
千葉県市川市菅野5-11-13  
TEL 047-322-0151  
FAX 047-325-4456

保険医療機関名  
所在地

TEL ( )  
FAX ( )  
医師  
歯科医師

科 先生

印

フリガナ 患者氏名	性別: 男 女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( )才	職業:
病名(主訴)	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
薬剤アレルギー 有( ) 無	
病状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
その他	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して下さい。

2. 必要がある場合は、画像診断フィルム、検査の記録を添付して下さい。