

診療情報提供書

年 月 日

東京歯科大学水道橋病院

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

診療科 _____ 科
担当医 _____ 先生

医師・歯科医師氏名 _____ 印

患者氏名 _____	性別 男・女
患者住所 _____	
電話番号 _____	
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	職業 _____

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備 考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。