

紹介状 (診療情報提供書)

西暦

東京歯科大学千葉歯科医療センター
.....科
.....宛

保険医療機関名
所在地

TEL - (.....) -
FAX - (.....) -

.....[®]

次により患者を紹介します。

患者氏名	性別
生年月日	年 月 日 (歳) 職業
傷病名 症状等	
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	
現在の処置 又は処方	
備考	

紹介状 (紹介元控)

西暦

東京歯科大学千葉歯科医療センター
.....科
.....宛

保険医療機関名
所在地

TEL - (.....) -
FAX - (.....) -

.....[®]

次により患者を紹介します。

患者氏名	性別
生年月日	年 月 日 (歳) 職業
傷病名 症状等	
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	
現在の処置 又は処方	
備考	