

(送付用)

診療情報提供書

年 月 日

医療機関名 森山記念病院

歯科口腔外科

先生御机下

下記A、B、C、Dのいずれかをチェックすること。

- A. 診療情報提供
 B. セカンドオピニオン
 C. 照会
 D. 報告

名称

住所

電話番号

診療科

歯科医師名

印

患者氏名：

当院でのID：

生年月日：M T S H
西暦

年

月

日

(歳)

性別：

男性 ・ 女性

傷病名

紹介目的

既往歴、症状、治療経過および検査結果

感染症：□あり()・□なし・□不明

アレルギー：□あり()・□なし・□不明

現在の処方

添付資料

レントゲンのフィルム・データ □あり・□なし 検査結果の写し □あり・□なし

備考