

(FAX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