

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 横浜総合病院 歯科口腔外科
担当医 新患ご担当先生侍史

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

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	

画像フィルム、CDデータ、検査結果の添付 (有・無)

返却の必要 (有・無)