

診療情報提供書 (病用御依頼・病用御返事)

紹介先医療機関名： 新潟大学医歯学総合病院 平成 年 月 日
小児歯科・障がい者歯科 担当医名 殿

名称：	
所在地： 〒 -	
電話： () -	FAX： () -
診療科：	
医師氏名：	印

患者氏名： ○○ ○○	性別： ♂・女
生年月日： 昭和・平成 15 年 3 月 31 日生	(10 歳 か月)

【病名】 # 1. 多数歯う蝕 # 2. ▲▲▲▲ (その他の病気があれば記載してください)

【紹介理由】 症状経過・検査結果・治療経過や現在の処方内容など 平素よりお世話になっております。 上記患者様をご紹介します。 上記患者様は、# 1 により当院を平成 25 年 3 月 15 日に受診されましたが、# 2 の全身疾患の既往歴があり、貴科での治療を希望されております。 ご多忙中恐れ入りますが、御高診、御加療のほどよろしくお願い致します。
--

【備考】
