

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿
平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

歯科医師氏名 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	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

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム, 検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は, 紹介先医療機関等名の欄に紹介先市町村, 保健所名等を記入すること。かつ, 患者住所及び電話番号を必ず記入すること。