

紹介状（診療情報提供書）

医療機関名 辻歯科口腔外科総合クリニック
担当医 辻 政秀 先生

下記患者様についてご紹介いたします。

紹介元施設：

住所：〒 _____

_____ 市 _____

施設名 _____ (病院・医院・クリニック) _____ 科

担当医： _____ 先生

TEL； _____

FAX； _____

記

患者氏名： _____ 殿

生年月日：(M.T.S.H) _____ 年 _____ 月 _____ 日生

病名： #1 _____

#2 _____

#3 _____

#4 _____

#5 _____

できれば

現病歴； _____

既往歴； _____

下記事項に○をつけてください。

希望処置；（抜歯・精査・インプラント治療・その他： _____）

術後処置について；（紹介先；辻歯科で処置・紹介元にて処置）希望

X線写真について；なし・同封（要返却）・同封（返却不要）

返事の送付；（FAXで可・郵送）

ご記入後コピーをカルテに保存しておいてください。

FAX 0944-55-3377