

(様式3)

紹 介 状

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

鶴見大学歯学部附属病院

科 殿

紹介元医療機関の所在地

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

歯科医師氏名

印

下記の患者さんを紹介しますのでよろしくお願いいたします。

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	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、添付してください。
 - 2、必要がある場合は画像診断のフィルム、検査記録の添付をお願いいたします。
 - 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保険薬局、市町村、保険所名等をご記入ください。また、患者住所及び電話番号につきましても必ずご記入をお願いいたします。