

平成 年 月 日

診療情報提供書（歯科）

紹介元医療機関	病院 / 医院
科	先生 御侍史

紹介先医療機関	〒	病院 / 医院（歯科）
		拝
TEL :		FAX :

患者様氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日（ 歳）	男・女
住 所		電話番号		
傷病名	歯周病 無 / 有（初期・中等度・重度） その他			
紹介目的				
既往歴・家族歴 ・アレルギー歴				
症状及び治療経過	口腔内所見 治療 不要 / 要 / 経過観察（ 毎） 口腔衛生指導（ブラッシング指導 etc.）			
処 方				
その他				

各医院で複写願います。