

診療情報提供書（歯科病診連携）

令和 年 月 日

歯科・歯科口腔外科 _____

先生 侍史

住所
医療機関名
医師
電話 - - FAX - -

紹介患者様の情報	
刀がナ 氏名 _____ 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) 性別 男 ・ 女 当院受診歴 有 ・ 無 住所 _____ 電話番号 - -	
保険種別・番号	
被保険者氏名	保険者番号
記号・番号 _____	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 負担割合 割
事業所又は保険者名 _____	
資格取得日 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	
公費等記号番号 _____	
紹介内容	
希望受診日時 ① 令和 年 月 日 曜日 (午前 ・ 午後) ② 令和 年 月 日 曜日 (午前 ・ 午後) ③ 令和 年 月 日 曜日 (午前 ・ 午後)	
具体的な時間は、こちらで調整させていただきます	
予約回答手段 <input type="checkbox"/> 診療予約票のFAXを希望します <input type="checkbox"/> 本人が直接連絡しますので、ご調整ください	
傷病名 _____	
症状経過・治療経過・現在の処方（※普段ご使用の紹介状を2枚目に添付頂いても構いません）	
提供資料 <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム 院内での患者待機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	