

# 診療情報提供書（紹介状）

歯科医師用

平成 年 月 日

江戸川区口腔保健センター  
にこにこ歯科診療所

〒134-0013 江戸川区江戸川 5-14-4  
TEL 03-5667-8020

医療機関名  
所在地  
電話番号  
歯科医師名.....印

患者氏名.....様を紹介致します。

生年月日 明・大・昭・平.....年.....月.....日生まれ.....歳.....男・女

|                     |  |
|---------------------|--|
| 紹介目的<br>(依頼事項)      |  |
| 傷病名<br>もしくは<br>主要症状 |  |
| 既往歴<br>および<br>家族歴   |  |
| 症状経過<br>および<br>治療経過 |  |
| 現在の処方               |  |
| 備考                  |  |

医療連携についてお伺いします。

- 1, 依頼治療完了後は、当院（紹介医）で治療致します。
- 2, センターでメンテナンスを含めた一口腔単位の治療を依頼致します。
- 3, その他.....