

診療情報提供書

紹介先医療機関名
担当歯科医師

先生御侍史

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：
名称：

電話番号
診療科名
医師氏名

F A X

印

患者氏名	殿	性別	男・女	電話番号
患者住所				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 () 歳
				職業

傷病名

紹介目的 月 日頃、全身麻酔下での手術予定。 歯の治療を希望していますので、術前・術後の口腔管理を含めてご高診・ご加療の程よろしくお願い申し上げます。
--

病状経過及び検査結果及び主病に関する投薬

他疾病の状態と投薬

なお、術前・術後で投薬の変更がある場合があります。変更がある場合はご連絡いたします。
--

備 考

診療情報提供書

紹介先医療機関名
担当歯科医師

先生御侍史

年 月 日

紹介元医療機関の所在地：
名称：

電話番号
診療科名
医師氏名

F A X

印

患者氏名	殿	性別	男・女				
患者住所						電話番号	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	()	歳	職業

傷病名

紹介目的 現在（ 化学療法 ・ 放射線治療 ）を行っています。 患者様が口腔管理および歯の治療を希望していますので、ご高診・ご加療の程よろしく お願い申し上げます。
--

病状経過及び検査結果及び主病に関する投薬

他疾病の状態と投薬

なお、治療中に薬剤の変更がある場合があります。変更がある場合はご連絡いたします。
--

備 考
