

# 診療情報提供書

紹介先医療機関名 医療法人社団樹伸会 令和 年 月 日

担当医 歯科 石幡 一樹

希望される医院:  大宮いしはた歯科  久喜いしはた歯科クリニック  久喜総合歯科

紹介元医療機関の名称及び所在地 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
医師氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者氏名	ふりがな	性別	男	女
患者住所				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 (才)
電話番号		緊急連絡先	(続柄)	

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. 必要がある場合は別紙に記載し添付をお願いします。  
2. 必要がある場合は画像診断のデータ、検査の記録を添付下さい。  
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介保険薬局、市町村、保健所名等を記入ください。  
かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入下さい。