(周術期歯科医療連携用)

返書　　診療情報提供・歯科治療報告書（歯科→医科）

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称　　　　　　　　　　病院　　　　　　　歯科医療機関

歯科診療所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　先生侍史

　　　　　　Tel　　　　　　　　　　Fax

歯科医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　男　　・　　女

生年月日　明・大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日（　　　歳）　職業

患者住所

電話番号

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。

　　　２．必要かある場合は画像診断のフイルム、検査の記録を添付すること。

　　　３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険

　　　　薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記

　　　　入すること。

|  |
| --- |
| 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 |