返書　　患者受診報告書（歯科→医科）（タイプ２）　　　　　　　　　　　　　　　　（周術期歯科医療連携用）

**周術期口腔機能管理システム　患者様受診報告書**

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

この度は、　　　　　　　様をご紹介下さいまして、ありがとうございました。

当院を受診されましたので、ご報告いたします。