

紹介状

年 月 日

広島口腔保健センター

先生侍史

下記患者さんをご紹介します。御高診のほどお願い致します。

紹介元医療機関

所在地及び名称

電話番号

担当医師名

印

患者氏名 : 様
性別 : 男・女
生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)

〔連絡事項〕