

診療情報提供書

(秋田労災病院地域連携室経由)

令和 年 月 日

秋田労災病院

歯科口腔外科 新患担当医 先生御侍史

電話番号 0186(52)3131
FAX 0186(47)7611

住所
医院名
電話番号
FAX
医師氏名

印

フリガナ			
患者氏名	様	性	別
生年月日		年	齢
患者住所			
電話番号		職	業

被保険者氏名 本人・家族
保険者番号
記号・番号

診断・紹介目的・既往歴・家族歴・経過・検査結果及び現在の処方等

緊急・予約 ←いずれかに○

臨床診断:

紹介目的:

いつもお世話になっております。上記疾患に対して、御高診の程よろしく申し上げます。

既往歴:

検査結果:

症状経過:

処方: 他科からの処方 有・無