

紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

紹介先医療機関等名

日本大学歯学部附属歯科病院

紹介元医療機関

所在地・〒

名 称

電 話 番 号

歯科医師名

科

⑩

担
当
医

科

先生

患者氏名

男

明・大・昭・平・令

年

月

日生（

歳）

女

職業

患者住所

電話番号

傷 病 名

紹介目的

既往歴及び家族歴

※感染症の有無（必須事項）

有（感染症名

）

無

未検査

不明

症状経過及び検査結果

治 療 経 過

現在の処方

処置後の対応

紹介元で診療

紹介先（日本大学歯学部附属歯科病院）で診療

備 考

持参資料（無・有 → レントゲンフィルム・その他）（資料の返却 不要・要）

事前連絡（無・有 → 科 先生）

- 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. 必要がある場合は画像診断のフィルム，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