

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名 埼玉県歯科医師会口腔保健センター
担当医

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

歯科医師名

⑩

患者氏名	性別：男・女
生年月日：西暦 年 月 日生(歳)	
手帳の種類：身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳	
傷病名	
紹介目的	
既往歴および家族歴	
症状および治療経過・現在の処方	
備考	

※治療後の対応について下記からお選びください。

1. 依頼した診療が終了次第戻してください。
2. 今後もセンターに治療は依頼しますが、予防処置、定期検診などは戻してください。
3. センターにすべて任せます。
4. 上記以外の希望()