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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |
| --- |
| 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）