

患者紹介状〔診療情報提供書〕

下記の方についてよろしくお願ひします。

年 月 日

紹介先医療機関名
明海大学歯学部附属明海大学病院
〒350-0283
埼玉県坂戸市けやき台1番1号
049-279-2809
第1口腔外科

教授 **嶋田 淳**

紹介元医療機関

の名称・所在地

代表電話番号

TEL. (- -)

FAX. (- -)

医師・歯科医師名

受診予定日 月 日 時頃 緊急の(有・無)

フリガナ

患者氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生(歳)

住 所 TEL. (- -)

紹介目的	入院・転医・検査・精査() 手術・経過観察・その他
病名 (主訴)	
既往歴 (家族歴)	薬剤アレルギー(有 無)
病状経過 治療経過 検査結果	
現在の処方	

紹介元医療機関より

- | | | | |
|-------------|---|---|---|
| ① レントゲンフィルム | 有 | ・ | 無 |
| ② 心電図記録等 | 有 | ・ | 無 |
| ③ 検査結果伝票 | 有 | ・ | 無 |
| ④ 模型 | 有 | ・ | 無 |
| ⑤ 写真・義歯など | 有 | ・ | 無 |

〒350-0283

埼玉県坂戸市けやき台1-1

明海大学歯学部附属明海大学病院 第1口腔外科

紹介状在中

患者： _____ 殿病用

