

# 診療情報提供書 (紹介状)

年 月 日

愛知学院大学歯学部附属病院

診療科住所 〒

担当医

殿

紹介元医療機関名

診療科・医師氏名

電話番号 ( ) -

FAX ( ) -

登録医番号 無・有 No. \_\_\_\_\_

**\*必ずFAX番号をご記入ください**

下記の患者様を紹介しますので、よろしくお願いいたします。

フリガナ		生年月日
氏名	様	大・昭・平・令 年 月 日( 歳) 男・女
住所	〒	TEL ( ) -
TEL		

初診日	年 月 日	愛知学院大学歯学部附属病院来院予定日	年 月 日
-----	-------	--------------------	-------

主訴又は病名

紹介目的

既往症及び家族歴、病歴、診療状況及び検査結果、現在の処方

\*添付書類 \_\_\_\_\_ 通、画像データ(有・無)

\*紹介元における歯科診療特別対応加算の算定(有・無)