

1枚目はFAX後、貴院控えにしてください。

FAX番号:045-548-3002

※添付資料でFAX可能なものがあれば
お願い致します。

紹介元控

年 月 日

診療情報提供書（歯科口腔外科専用）

【紹介先】

神奈川県大学附属 横浜クリニック 歯科口腔外科

☐ 初診担当医

☐ 宛

【紹介元】

医療機関所在地 〒

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

ふりがな		性 別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令（西暦）	年	月 日
住 所	TEL ()		

紹介内容			
症状・経過			
患者様に 関 する 留 意 点	薬の服用	・ なし ・ 不明 ・ あり → ()	
	アレルギー	・ なし ・ 不明 ・ あり → ()	
	全身の既往歴	・ なし ・ 不明 ・ あり → ()	
添付資料	☐ な し ☐ あ り → X線画像 (デンタル ・ パントモ) ・ 口腔内写真 枚 模 型 ・ C D ・ その他 () 返 却： ☐ 必要あり ☐ 必要なし		

【問合せ】 神奈川県大学附属 横浜クリニック：045-548-8885(歯科口腔外科)

E-mail：yckoukuugeka@kdu.ac.jp

URL:http://www.hama.kdu.ac.jp

