

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

保育所・学校・病院

医院・クリニック

科

殿

紹介元歯科医療機関名

歯科医師氏名

印

所在地

電話番号

平素より大変お世話になっております。下記につきまして御多忙中とは存じますが、御高診のほどよろしくお
願い申し上げます。

患者氏名	性 別	男 ・ 女
患者住所	連絡先	
生年月日	年 月 日（ 歳）	職 業
傷病名		
紹介目的 ☐ 高血圧性疾患について精査・加療をお願いいたします。 ☐ （ ）の予定ですので、血圧の管理をお願いいたします。 ☐ 糖尿病について精査・加療をお願いいたします。 ☐ （ ）の予定ですので、血糖値の管理をお願いします。 ☐ 睡眠時無呼吸症について精査・加療をお願いいたします。 ☐ 三叉神経痛・慢性疼痛につき精査・加療をお願いいたします。 ☐ 金属アレルギーについて精査・加療をお願いいたします。 ☐ 帯状疱疹・皮膚病変につき精査・加療をお願いいたします。 ☐ 扁桃肥大・鼻閉・耳鳴り・めまい・咽頭部違和感につき精査・加療をお願いいたします。 ☐ 小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者につき、学校等において患者が生活するに当たり （ ）をお願いいたします。 ☐ 医療的ケア児である患者につき、学校等において患者が生活するに当たり （ ）をお願いいたします。 ☐ その他（ ）をお願いいたします。		
既往歴及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		
備考（連絡事項・その他）		