

# 紹介・診療情報提供書

厚木市中町3-8-11  
仁厚会病院

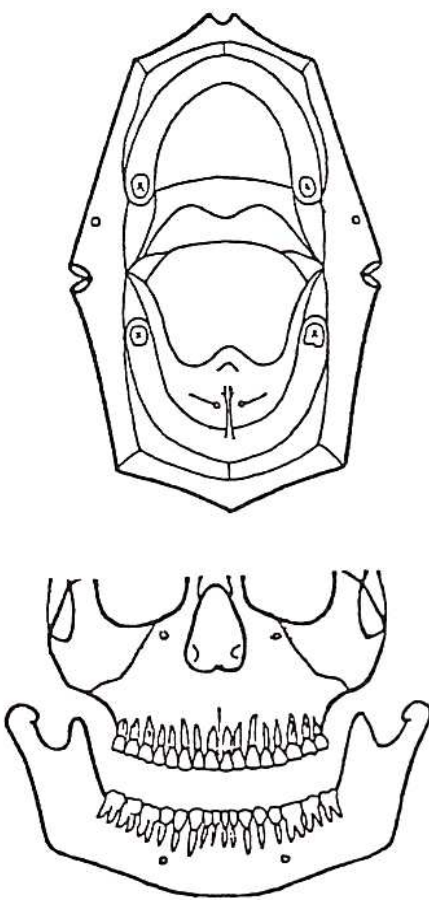
歯科(口腔外科) \_\_\_\_\_ 殿

医療機関の所在地及び名称

診療科名  
電話番号  
歯科医師  
又は医師

必要事項を自由にご記入ください。

患者	氏名		職業	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳	性別	男・女

主訴または傷病名																													
紹介目的	<table border="1"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table>	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																
既往歴及び家族歴																													
現症																													
現在の処方																													
備考																													

- 備考
- 宛先の医師名が不明の場合は、科名のみご記入ください。
  - 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  - 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。