

紹介状（診療情報提供書）

令和 年 月 日

福岡歯科大学口腔医療センター

殿

〒 -

所在地

医療機関名

電話番号

紹介者氏名

印

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

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

2. 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。