

# 紹介状(診療情報提供書)

令和 年 月 日

福岡歯科大学医科歯科総合病院

口腔インプラント科 \_\_\_\_\_ 宛

〒  
所在地  
電話番号  
医療機関名  
紹介者指名

印

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

傷病名	
紹介目的	依頼内容を明確にするためチェックボックスも記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 全顎的治療 <input type="checkbox"/> インプラント治療のみ ※内容確認のためにご連絡させていただく場合がございます。
既往歴	お薬手帳を持参するようお伝え下さい。
症状経過及び治療経過	
インプラント関連	インプラントメーカー・サイズ・手術日などわかる範囲で記載して下さい。
備考	