

## 診療情報提供書（紹介状）

群馬県歯科総合衛生センター 御中

令和 年 月 日

医療機関住所：

医療機関名称：

TEL：

FAX：

歯科医師名：



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

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
終了後の歯や口腔の管理（リコール等） <input type="checkbox"/> 当院で行います <input type="checkbox"/> センターにお願いします <input type="checkbox"/> 本人／保護者の希望でお願いします

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。  
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。  
3. 患者住所及び電話番号を必ず記入し、「終了後の歯や口腔の管理（リコール等）」の欄は該当するものに丸印を記入すること。