

診療情報提供書

平成 年 月 日

群馬県立小児医療センター

歯科新患担当医様

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号 0279-52-4000(予約)
F A X 0279-52-2045

電話番号

紹介者

印

患者氏名	性別 男・女
患者住所	
生年月日	昭・平 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
備考

- 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すること。