診療情報連携共有に係る情報提供書

 年　　　月　　　日

　　　　　先生

　　医療機関名

　　医師氏名

住　所　〒

電話番号

FAX番号

この度は　　　　様が、お世話になっております。ご丁寧にご照会頂き、ありがとうございました。現在の主要検査結果および処方内容等は、下記のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏　名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　）性別　男・女　 |
| 生年月日 |  明・大・昭　　　　　　　年　　　 月　　 日　（　　　　歳）平・令・西暦 |
| 連絡先 | 電話　　　　　－　　　　　－ |
| 傷病名 |  |
| 現在の状態検査結果処方内容 |  |
| 歯科治療に際しての留意点 | ❑ 特になし❑ 注意点 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　 |

Dental Diabetes 研究会作成 (2022年11月版)