

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	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 留意点 ()

