

# 診療情報連携共有に係る照会状

年 月 日

先生

歯科医療機関名  
歯科医師氏名  
住 所 〒  
電話番号  
FAX番号

先生にご加療頂いております 様は、この度当院で下記のような歯科治療を予定しております。つきましては、現在の病状や投薬内容などについて、当院側で留意すべき事項がございましたら、お知らせ頂けましたら幸いに存じます。

なお、本照会につきましては、ご本人の同意を得ております(返信により貴院側でも算定頂ける診療情報連携共有料につきましては、同封資料をご参照ください)。

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 治療内容	

