

患者紹介状 [診療情報提供書]

年 月 日

〒230-0001
横浜市鶴見区矢向1-6-20
TEL045-574-1362
汐田総合病院 歯科口腔外科 御中

紹介元保険医療機関

所在地
医療機関名
医師名
TEL

フリガナ

患者氏名 様 生年月日 年 月 日 (歳)

患者住所 TEL.

紹介目的

主訴又は病名、症状

既往歴及び家族歴

現病歴、検査所見、治療経過、現在の処方、備考

患者さんへの説明内容

添付資料：