

紹介状 (診療情報提供書)

紹介先

広見歯科口腔外科

愛知県知多市新広見 186

TEL 0569-89-8888

FAX 0569-89-6655

令和 年 月 日

紹介元

担当医氏名

■患者氏名：

■電話番号：

■生年月日： 昭和・平成・令和 年 月 日 ■性別： 男 ・ 女

■患者住所：

■患者 ID (紹介元の医療機関のカルテ番号)：

■紹介目的と部位

・抜歯

・開窓

・その他

■備考 (抜歯優先順位、過去の抜歯既往、その他コメントあれば)

■予約

・予約済み【 年 月 日 () : 】

・患者 (本人・保護者) が TEL 予定

★記入して、FAX して、患者に手渡す★

FAX 0569-89-6655