

診療情報提供書

| |
|---------|
| 電話連絡済 |
| FAX 連絡済 |
| 担当医連絡済 |

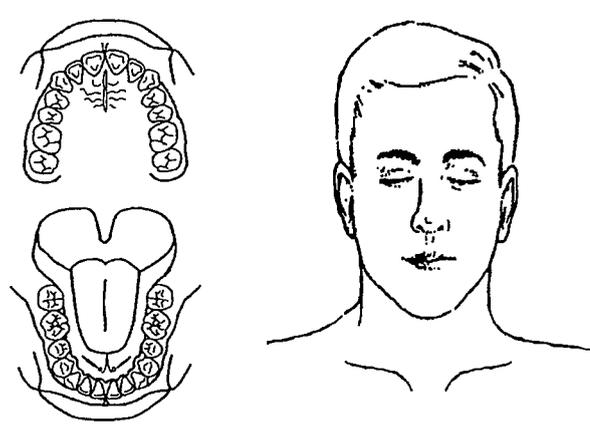
朝日大学病院

(該当欄に✓をお付けください)

(担当医) 歯科・口腔外科 先生

年 月 日

住 所
 施 設 名
 医 師 名 印
 TEL () FAX ()

| | | | | | | |
|--|-------|-----------|--------|--|-----|-----|
| 患 者 | 氏 名 | 住 所 | | | | |
| | 生年月日 | M・T・S・H・R | 年 月 日生 | 性別 | 男・女 | TEL |
| 診察希望日 | 年 月 日 | | 入院希望日 | 年 月 日 | | |
| 傷病名 | | | | | | |
| 紹介目的 | | | |  | | |
| 部位 ○等でお示してください S S EDCBA ABCDE 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 <hr/> 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 EDCBA ABCDE S S | | | | | | |
| 治療経過 | | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |