

診療情報提供書

〔紹介先医療機関名〕

福岡県小郡市小郡 1160 番 1

木原歯科医院
院長 殿

〔紹介元医療機関〕

所在地：

名称：

医師氏名：

印

患者氏名：	殿	性別：	男・女
患者住所：		電話番号：	
生年月日：	昭・平・令 年 月 日 () 歳	職業：	

【傷病名】

【紹介目的（○印をつけて下さい。）】

1. 抜歯依頼

2. その他 ()

【既往歴（○印をつけて下さい。）】

特記事項なし・高血圧・不整脈・脳血管障害・糖尿病・アレルギー

その他 ()

【家族歴】

【病状、治療経過及び検査結果】

【現在の処方】

【備考】

◎術後の経過観察・傷処置は当院で（可・不可）です。