

紹介状 (診療情報提供書)

年 月 日

大阪大学歯学部附属病院

科

殿

紹介元医療機関

所在地

名称

TEL・FAX

担当医

フリガナ		性別	男・女
患者氏名		職業	
患者住所			
電話番号			
生年月日			

1. 傷病名	
2. 紹介目的	
3. 既往歴 及び 家族歴	
4. 症状経過及び 検査結果 治療経過 現在の処方	
5. 備考	