

## 診療情報提供書

### 大畑 歯科口腔外科

Hitoshi Oral surgery Association  
医療法人 社団 HOsA 世田谷サージェリーセンター

〒155-0031 東京都世田谷区北沢2-20-17  
Recipe SHIMOKITA 7階  
TEL: 03-5779-9225 FAX: 03-5779-9226

下記の患者さんを紹介いたします。

[ 紹介目的：加療・CT 精査・その他 ( ) ]

(名刺を貼付頂いても結構です。)

医療機関名

所在地

電話番号

FAX 番号

歯科医師名

印

患者氏名 生年月日	様 (職業)	明治 大正 年 月 日生 ( 歳) 昭和 平成 (男・女)
--------------	-----------	----------------------------------

傷病名 もしくは 主要症状	既往症・家族歴での特記事項
現在までの症状及び治療経過	検査結果 有・無
備考	現在の処方 有・無

- 備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付をお願いします。  
2. 必要がある場合は X 線フィルム、検査等の記録を添付をお願いします。  
3. お手数ですが、紹介状は複写をして貴院にて1部保存をして頂けますようお願いします。