

医療法人協仁会 小松病院
歯科・歯科口腔外科 診療情報提供書

TEL：072-823-1521（代表） FAX：072-823-2383（歯科・歯科口腔外科直通）

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ		性別	生年月日		
氏名	旧姓（ ）	男 女	大 昭 平 令	年 月 日	（ ） 歳
住所	〒（ ）				
電話番号					
患者状況	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中（待機中・帰宅済）	受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ID： ）		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> のう胞 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 点滴等の消炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）				

予約取得	<input type="checkbox"/> 患者さまより直接予約希望
------	---------------------------------------

★ 病状・経過・既往歴・薬剤アレルギーなどを簡単にお知らせください ★

--

※本書と保険情報を添付してください。また当日は診療情報提供書の原本を必ず持参ください。

受取確認の連絡はいたしておりません。

患者さま受診後、担当医より受診報告書をFAXいたします。ご了承ください。