

診療情報提供書 (紹介状)

平成 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院  
 歯科口腔外科外来担当医 先生

住 所 〒  
 医院名  
 医師名

電話：  
 FAX：

患 者	(フリガナ) 氏 名			男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	( 歳)
	住 所 (FAX 予約のみ必要)	〒 ☎自宅 ( ) - 又は、連絡先 ( ) -		
紹介目的	1. 診断・治療 2. 抜歯 初診日 年 月 日 3. 処置 4. インプラント 部 位 _____ 5. CT 撮影 6. その他 ( )			
F A X 予 約	予約希望日又は曜日	第1 ( 月 日/ 曜日) 第2 ( 月 日/ 曜日)		
	埋伏智歯の即日抜歯	(希望する・しない)		
	共同治療	(希望する・しない)		
	コ メ ン ト			
①主 訴 ②現病歴 ③処 方など				
●患者に関する留意事項：				

備考：FAX 予約の場合は患者氏名、住所、電話番号及び共同治療、即日抜歯の有無を明記してください。

FAX 予約の送付先：病診連携室 FAX:078-579-1943 です。