

紹介状（診療情報提供書）

今井矯正歯科

院長 今井裕三 行

下記のとおり患者様を紹介します。

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

所在地 〒(-)TEL(- -)

医師名 印

フリガナ

患者氏名.....様 (男・女)

年齢.....歳 昭・平.....年 月.....日生

住所 〒(-) 電話(- -)

○紹介目的、主訴、主症状等

○経過(現症・今までの治療経過)、特記事項等

○添付資料等(レントゲン・模型等) 添付資料返却の必要性 (有・無)