

紹 介 状

(診療情報提供書A)

年 月 日

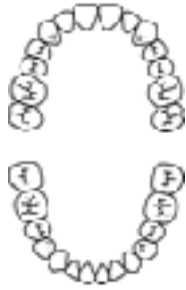
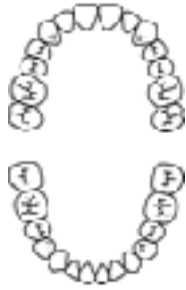
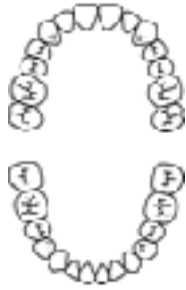
紹介先医療機関名 医療法人社団 中川歯科医院

初診医または _____ 先生

紹介元医療機関の
所在地及び名称 _____

電 話 番 号 _____

歯科医師氏名 _____ 印
医 師 名 _____

ふりがな 患者氏名	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日 (歳) 男・女									
部 位 ○等で お示し下さい	<table border="1"><tr><td>EDCBA</td><td>ABCDE</td><td rowspan="4"></td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>EDCBA</td><td>ABCDE</td></tr></table>	EDCBA	ABCDE		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	EDCBA	ABCDE
EDCBA	ABCDE									
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8									
EDCBA	ABCDE									
傷病名 紹介目的										
症状および治療経過等 現在までの処方										
全身疾患等	無・有 ()									
その他添付資料 留意事項など										