

診療情報提供書返書（医科歯科共通）

令和 年 月 日

紹介元医療機関

担当医 先生 御机下

住所 〒

TEL - -

医療機関名

医師名

住所 〒

TEL

FAX

平素より大変お世話になっております。

先般、御紹介いただきました下記患者様について、結果をご報告いたします。

今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

患者氏名

性別 男 ・ 女

患者住所 〒 -

電話番号

()

生年月日 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳) 職 業

結果

☐ 治療開始

・ 診断名 糖尿病 ・ その他 ()

歯周病 ・ その他 ()

・ 治療内容 内服

その他 ()

☐ 要経過観察☐ 異常なし

今後の方針

☐ 終了☐ 継続治療予定 (か月後 ・ 次回受診予定 月 日)☐ その他 ()

連絡事項