

年 月 日

歯科用診療情報提供書(紹介状)

①久留米大学病院提出用

福岡県久留米市旭町67

久留米大学病院

科・センター 先生・担当医

紹介元医療機関様所在地及び名称

電話 () -

FAX () -

医師名 印

*診療予約日 (当院医師と直接予約済みの場合)

月 日 時 (午前・午後)

*診察希望日

① 月 日 午前・午後

② 月 日 午前・午後

③ 月 日 午前・午後

※下記の診療区分に○をつけてください。

当院受診歴 有()科・センター・無・不明

※以下のPIDは、当院の管理用です。記入不要です。

大学病院 PID

フリガナ		男・女	明・大・昭・平・令	職業
患者氏名	様		年 月 日生 (歳)	
患者住所	〒 □□□□-□□□□		電話 自宅 () -	
			FAX 電話 () -	
			携帯電話 () -	
			勤務先 () -	
傷病名				
紹介目的				

既往歴及び家族歴

症状経過及び検査結果

治療結果

現在の処方

薬物禁忌 無・有 () 感染症 無・有 ()

必要がある場合は、画像診断のフィルム・検査の記録等を添付してください。

貸出チェック欄 パノラマデンタル 枚 CT 枚 MRI 枚 模型 有・無

備考