

紹介状（診療情報提供書）

平成 年 月 日

大阪大学歯学部附属病院
小児歯科 初診担当医 殿

紹介元医療機関

所在地

名称

Tel / Fax

担当医

ふりがな		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)		

1. 傷病名	
2. 紹介目的	
3. 既往歴及び家族歴	
4. 症状経過及び 検査結果 治療経過 現在の処方	
5. 備考	