

診療情報連携共有に係る照会

年 月 日

神戸市立西神戸医療センター御中

科  
先生

名 称  
住 所 〒  
医師名：  
電 話：  
F A X：

貴院（科）にてご加療中の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。

患者の病状や貴院（科）での投薬の状況や歯科治療上留意が必要な事項等について情報提供をお願いいたします。なお、本件について患者の同意を得ています。

フリガナ 患者氏名	( ) 男 ・ 女
患者住所	電話： — —
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
当院傷病名	<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 ( )
治療予定	<input type="checkbox"/> う蝕処置 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 歯周外科 <input type="checkbox"/> その他 ( )
処方・麻酔等	
診療情報の提供 を求める内容	