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：

ＦＡＸ：

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 | □う蝕　　　　□歯周病□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療予定 | □う蝕処置　　□抜歯　　□歯周外科□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処方・麻酔等 |  |
| 診療情報の提供を求める内容 |  |