紹　介　状（診療情報提供書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 紹介先医療機関 | 紹介元医療機関 |
| 青森県立あすなろ療育福祉センター | 名称 |  |
| 診療部歯科担当医　殿 | 所在地 |  |
|  | TEL |  |
|  | 医師名 |  | ㊞ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男 年　　　月　　　日生（　　　歳） 女 職業： |
| 患者氏名 |  | 様 |
| 患者住所　〒TEL： |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷病名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 症状経過検査結果治療経過〔既往歴・家族歴〕 |  |
| 現在の処方 |  |
| 備考 |  |

**【お願い】状況をできるだけ詳しく記入して下さい。**

※本様式の項目が網羅されている場合は、貴院所定の様式で提出頂いても結構です。