

診療情報提供書（紹介状）

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院
 歯科口腔外科外来担当医

先生

住 所 〒

医院名

電話：

医師名

FAX：

患 者	(フリガナ) 氏 名			男・女
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生	(歳)
住 所 (FAX 予約のみ必要)	〒			
	☎自宅 ()	—	又は、連絡先 ()	—
紹介目的	1. 診断・治療 2. 抜歯 3. 処置 4. インプラント 5. CT 撮影 6. その他 ()	初診日	年 月 日	部 位
F A X 予 約	予約希望日又は曜日	第1 (月 日/ 曜日)	第2 (月 日/ 曜日)	
	埋伏智歯の即日抜歯	(希望する・しない)		
	共同治療	(希望する・しない)		
	コメント			
①主 訴 ②現病歴 ③処 方など				
●患者に関する留意事項：				

備考：FAX 予約の場合は患者氏名、住所、電話番号及び共同治療、即日抜歯の有無を明記してください。

FAX 予約の送付先：病診連携室 FAX:078-579-1943 です。