

診療情報提供書

R 年 月 日

病院
科
先生御侍史

齒科醫院

住所

電話

歯科医師名

印

ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日生（ 歳）
病 名			
紹介目的	<p>いつもお世話になっております。</p> <p>貴院より紹介頂きました患者さんにつきまして、同封の口腔機能管理計画書に基づき、周術期等口腔機能管理を実施致しました。</p> <p>ご紹介ありがとうございました。今後ともよろしくお願い申し上げます。</p>		
備 考			