診療情報連携共有に係るご照会

　　　　　　年　　　　月　　　　　日

照会先医療機関名

担当医名　　　　　　　　　　　　　　　先生

照会元医療機関の

所在地および名称

歯科医師名

電話

FAX

　いつも〇〇様がお世話になっております。この度、下記のような歯科治療を予定しております。つきましては、現在の病状や投薬内容などについて、当院側で留意すべき事項がございましたら、お知らせ頂けましたら幸いに存じます。

なお、本照会につきましては、患者の同意を得ております（ご参考までに診療情報連携共有料の資料を同封させていただきました）。

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ患者氏名　　 | 性別（　男　・　女　） |
| 生年月日　　 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　・令　　　　　　　　年　　　月　　　日　 　（　　　　歳） |
| 患者住所 | 〒　　　- |
| 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　 -　 -  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |