**様式－Ⅱ**

**診　療　情　報　提　供　書**

**（紹　介　状）　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

**愛知学院大学歯学部附属病院**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **診療科** |  | | **住　所** | **〒** |
|  |  |
| **担当医** |  | **殿** |
| **紹介元医療機関名** |  |
|  | | | **診療科・医師氏名** |  |
| **電話番号** | **（　　　　　　　）　　　　　　－** |
| **ＦＡＸ** | **（　　　　　　　）　　　　　　－** |
| **登録医番号** | **無　・　有　　No.** |

**＊必ずFAX番号をご記入ください**

**下記の患者様を紹介しますので、よろしくお願いいたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **生年月日**  **大　・　昭　・　平　・　令**  **年　　　　月　　　　日（　　　　歳）　男　・　女** |
| **氏　　　　名** | **様** |
| **住　　　　所**  **ＴＥＬ** | **〒**  **TEL　（　　　　　　）　　　　　　-** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 初診日　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 愛知学院大学歯学部附属病院来院予定日　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 主訴又は病名 | |  |
| 紹介目的 | |  |
| 既往症及び家族歴、病歴、診療状況及び検査結果、現在の処方  ＊添付書類　　　　　　　　通、画像データ（　有　・　無　）  ＊紹介元における歯科診療特別対応加算の算定　（　有　・　無　） | |  |