

診療情報提供書（返信用）

<紹介先医療機関名> _____

担当医

先生御机下

患者氏名.....	性別	男	・	女								
患者住所.....												
電話番号.....												
生年月日	明	・	大	・	昭	・	平	年	月	日	(歳)
職業												

傷病名	今後のご依頼 1. 糖尿病の（ 検査 治療 ） 2. その他 （ ）
-----	--

口腔内の状況	年	月	日	初診年月日	年	月	日
1. 口腔清掃状態（ 良好 ・ 普通 ・ 不良 ）							
2. 歯肉の状況（ 軽度 ・ 中程度 ・ 重度 ）							
3. その他（ ）							

治療経過・今後の治療方針

次回治療予定日	年	月	日
---------	---	---	---

その他（特記事項）	現在の処方
	年 月 日 施設名..... 住所..... 電話番号..... 歯科医師名..... 印