診療情報等連携共有に係る情報提供

年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 照会元医療機関名 |  |
| 担当医 | 科　　　　　　 先生御机下 |

|  |  |
| --- | --- |
| 歯科医療機関名 |  |
| 歯科医師氏名 | 印 |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

貴院（科）より診療情報のご照会をいただきました、当院で治療中の下記患者については、現時点において次のような歯科治療を実施しております。

貴院（科）における診療及び投薬等実施の際にお役立ていただければ幸甚です。

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 性別　男 ・ 女 | |
| 患者住所  電話番号 | |
| 生年月日　 年 　月　 日 （ 歳） | |
| 当院傷病名 | う蝕　　歯周病  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今後の治療予定 | う蝕処置　　抜歯　　歯周外科  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 照会元医療機関への  回答内容 |  |