

診療情報提供書

傷病名・紹介目的（依頼事項）等

令和 年 月 日

岩手医科大学附属内丸メディカルセンター  
歯科医療センター長 殿

下記患者の診療を御依頼致しますので、よろしく  
お願い致します。

(フリガナ) .....

患者氏名 様  
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 - -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

高度先進保存科（歯周病外来）

高度先進保存科（口腔ケア外来・口臭外来）

高度先進補綴科

顎顔面補綴外来

スポーツ歯科外来

口腔リハビリ外来

口腔インプラント科

矯正歯科

いびき・歯ぎしり外来

口腔外科

顎関節症口腔顔面痛外来

小児歯科

障がい者歯科

歯科放射線科

歯科麻酔科

リラックス外来

口腔総合診療科

特定の先生に紹介する場合・・・

先生

\_\_\_\_\_

〒

住所

.....  
医療機関名

( 診療科 )

電話番号

-

-

FAX番号

-

-

担当医名