〒

住所

医療機関名

( 診療科 )

電話番号　　　　－　　　　－　　　　ＦＡＸ番号　　　　－　　　　－

担当医名

印

傷病名・紹介目的（依頼事項）等

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

診療情報提供書

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 　　　－ 　　　－