

## 診療情報提供依頼書

照会先医療機関名

担当医名

科

殿

平成 年 月 日

照会元医療機関の  
所在地および名称

電話番号  
担当歯科医師名

㊟

下記の患者について、貴医療機関での診療情報の提供を依頼します。

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

### 1) 診療情報の提供を依頼する目的

（当該患者の傷病名，治療方針等）

### 2) 提供を求める診療情報の具体的内容（検査結果，投薬内容等）