

医療情報提供書

記入日 年 月 日

〒963-8005
郡山市清水台2-7-25
中村歯科医院
TEL 024-932-2625 FAX 024-935-2978
中村 慎介 宛

紹介元医療機関

医院名

所在地

電話番号

FAX番号

担当医

フリガナ

患者氏名

(男・女) 生年月日 年 月 日

依頼部位および診断名



症状、診査結果、治療経過など

穿孔 (有・疑・無)
歯根破折 (有・疑・無)
ファイル破折 (有・疑・無)

特記事項・コメント

添付資料 (デンタル・CT・その他・無し)

添付資料の返却 (必要・不要)