

# 診療情報提供依頼書

照会先医療機関名

担当医名

科

殿

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

印

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（M・T・S・H）	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）