

診療情報連携共有に係る照会(返信)

令和 年 月 日

返信先医療機関名 _____
 担当医名 _____ 先生御机下

医療機関名 _____
 所在地 _____
 電話番号 _____
 担当歯科医 _____ 印

貴医療機関より照会されました患者について返信します。

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				
当院傷病名	<input type="checkbox"/> う蝕 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 ()			
治療経過 及び 検査結果				
処方等				

【備考】

--