

# 紹介状（診療情報提供書）

## ひらの矯正歯科

院長 平野 正芳 行

下記のとおり患者様を紹介します。

平成 年 月 日

紹介元医療機関名.....

所在地 〒 ( ) TEL ( - - )

医師名 ..... 印

患者氏名 ..... 様 (男・女)

年齢 歳 昭・平 年 月 日生

住 所 〒 ( - ) 電 話 ( - - )

..... 市 ..... 区 ..... 町

○ 紹介目的、主訴、主症状等

○ 経過（現症・今までの治療経過）、特記事項等

○ 添付資料等（レントゲン、模型等）

添付資料返却の必要性 (有・無)