

診療情報連携共有に係る照会(返信)

令和 年 月 日

返信先歯科医療機関名

先生御机下

医療機関名

医師氏名

印

所在地

電話番号

貴院(科)より照会されました患者について返答します。

| | | |
|--------------------|-----------|------------|
| 患者氏名 | 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 | | |
| 治療経過 及び 検査結果 | | |
| 処方等 | | |

【備考】