歯科→医科

診療情報連携共有に係る照会

令和　　年　　月　　日

照会先医療機関名

担当医　　科　　先生御机下

照会元歯科
医療機関名

歯科医師氏名　　印

所在地

電話番号

貴院(科)にてご加療中の患者について、当院では次のような歯科治療を予定しております。患者の病状や貴院(科)での投薬の状況や歯科治療上留意が必要な事項等について情報提供をお願いいたします。

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	□う蝕　□歯周病　□その他 （　　）
治療予定	□う蝕処置　□抜歯　□歯周外科　□その他 （　　）
処方・麻酔等	

診療情報の提供を求める内容	医科病名	
	依頼内容	

【備考】	返信用の様式は 島根県歯科医師会HP ＞資料ダウンロード から入手できます。

（診療情報連携共有料様式 島根県歯科医師会作成）