

# 紹介状

(診療情報提供書)

年 月 日

長坂 歯科  
長坂 齊 先生  
長坂 俊幸 先生

紹介元医療機関名  
所在地  
電話番号  
歯科医師名・医師名 (印)

患者氏名	
患者住所	
電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳) 性別 男・女
疾病名	
症状等	
全身症状	頭痛・耳鳴り・難聴・めまい・肩こり・腰痛・手足の関節痛 開口障害・顎関節痛・顎関節音・その他 ( )
紹介目的	
症状の経過・治療経過	
備考	