

診療情報提供書

年 月 日

長坂歯科

紹介元医療機関

長坂 斉 先生

長坂 俊幸 先生

歯科医師名

印

患者氏名

患者住所

電話番号

生年月日 年 月 日 (歳)

疾病名

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

紹介目的

症状の経過・治療経過

備考