

新潟市医科歯科診療情報提供書

歯科⇒医科

令和 年 月 日

医院・病院

殿

医療機関名
電話番号
医師名
印

患者氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 (歳)		
住 所	〒		

病 名	☐
紹介目的： 上記疾患に歯科治療 (☐ 抜歯 ☐ 歯周病治療 ☐ 顎骨壊死) を (☐ 行っている 開始時期 終了時期 ☐ 行う予定の 年 月 ～ 年 月) 患者様です。つきましては、下記の項目についてご教示をお願い致します。 ☐ 骨粗鬆症治療の内容 ☐ 歯科治療のための休薬の可否	
連絡事項	