新潟市医科歯科診療情報提供書

様式1-2

歯科⇒医科（返信）

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　医院・病院

　　　　　　　　　　殿

医療機関名

電話番号

印

医師名

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

|  |
| --- |
| 返信：  以下、口腔内の現状を報告いたします．  ① 抜歯が必要な歯の有無　　なし　あり（予定日　　月　　日）  ② 口腔内環境（衛生状態）　良好　要治療 |
| 連絡事項 |
|  |