

新潟市医科歯科診療情報提供書

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
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	〒			

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