受診報告書

様式第６号－１

紹介元医療機関名　　　病院

　　　　　　担当医師　　　 科　　　　　　様

令和　　　年　　　月　　　日

所在地

 　　　 　名称

 　　　　電話番号

 　 　　　　診療科名

 　 　　　　医師氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名[登録番号] |  | 性別 |  | 生年月日 |  |
| 住所 |  | 電話番号 |  |
| 初診日　　　　　　　 　年　　　月　　　日　　　 |
| 治　療　内　容１ う歯処置　　２　歯周処置　　３　歯周外科手術　　４　口腔外科手術５　欠損処置　　６　予防処置　　７　その他 |
| 今後の治療予定１　　本日で終了２　　一ヶ月以内で終了３　　一ヶ月以上の加療 |
| 特記事項 |