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 | | | | | |