

FAX または郵送での返信をお願いします

FAX : 045

年 月 日

紹介医療機関

〒 -

病院
先生 御侍史

〒 -

神奈川県横浜市 区
歯科医院
医師氏名

受診報告書

ご紹介いただきました患者さんにつきまして次の通りお返事申し上げます。
患者さんは当院を受診されましたので周術期口腔機能管理を行わせていただきます。
ご紹介ありがとうございました。今後ともよろしく願いいたします。

病院患者番号	紹介元（医科・病院歯科）の患者番号を記載してください
イニシャル	性 , 名
生年月日	T・S・H・西暦 年 月 日生
歯科医院受診日	年 月 日