

# 診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

東京都立心身障害者口腔保健センター

\_\_\_\_\_先生

下記の患者さんを紹介いたします。御高診のほどお願いいたします。

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

TEL / FAX \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_ ⑩

患者氏名： \_\_\_\_\_ [ｶﾝ No. \_\_\_\_\_] 性別： 男・女

生年月日：大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生（ \_\_\_\_\_ 歳）

傷病名

紹介目的

基礎疾患名

既往歴及び家族歴

症状及び治療経過・現在の処方

添付資料 ・あり フィルム [パノラマ \_\_\_\_\_ 枚, デンタル \_\_\_\_\_ 枚, その他 \_\_\_\_\_ 枚] その他  
・なし

当センターは歯科診療特別対応連携加算に係わる施設基準に適合した保険医療機関です。当該患者における保険請求において、歯科診療特別対応加算(特)、または初診時歯科診療導入加算(特導)の算定はありましたか。

- ・あり
- ・なし