

医 → 歯

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

先生侍史

紹介元医療機関の住所地及び名称

電話番号

医師氏名

印

患者氏名	様	男	女			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)

紹介目的

傷病名

糖尿病 無 有 (HbA1c % 測定日)

既往歴・家族歴

感染症 無 有 不明
(HBs 抗原・HCV 抗体・HIV 抗体)
薬剤アレルギー 無 有
()
コルチコステロイド療法 無 有

症状経過・治療経過・検査結果

現在の処方

ビスフォスフォネート 経口 静注 点滴 デノスマブ 皮下注

使用期間 (年 月 ~ 年 月) 休薬は 可 不可

抗凝固療法 (薬剤名) 抗血小板療法 (薬剤名)