

紹介状（診療情報提供書）

（公社）茨城県歯科医師会

口腔センター水戸

〒310-0911 水戸市見和 2-292-1

TEL 029-254-4177 FAX 029-215-2573

E-mail:center-mito@ibasikai.or.jp

令和 年 月 日

（名刺を貼付して頂いても結構です）

（公社）茨城県歯科医師会

口腔センター土浦

〒300-0812 土浦市下高津 2-7-47

TEL029-822-3835 Fax 029-826-4832

E-mail:t-sikacenter@song.ocn.jp

医療機関名

（施設名）

所在地

電話番号

F A X

先生・担当医 殿

歯科医師名

フリガナ		
患者氏名		性別 男 ・ 女
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 生	（ 歳 ）
傷病名		
紹介目的		
既往歴及び家族歴		
症状経過及び 検査結果		
治療経過		
現在の処方		
備考・特記事項		

* 当院での治療終了後、貴院での継続治療を 希望する 希望しない

◎紹介する場合は、下記のどちらかを算定して下さい。該当する方へ☑して下さい。

『歯科診療特別対応加算（マル特）175点』

『初診時歯科診療導入加算（特導）250点』