

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

宮崎歯科福祉センター

下記の患者さんを紹介いたします。

紹介元医療機関

所在地

TEL / FAX

担当医

印

患者氏名： _____ 様 性別： 男 女
生年月日： 大 昭 平 令 年 月 日生 (歳)

傷病名	
紹介目的	(※自院で対応できない理由等)
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	

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。
当該患者の保険請求における次の項目について、貴院での算定の有無をご記入ください。

歯科診療特別対応加算(特) 算定あり 算定なし