

# 歯科受診報告書(周術期医科歯科連携)

大崎市民病院

FAX



\_\_\_\_\_科

\_\_\_\_\_先生御侍史

歯科医療機関

報告日

年

月

日

フリガナ	
患者氏名	

生年月日		年齢		性別	
------	--	----	--	----	--

下記日時に、(今回の紹介後)初回受診いたしました。

入院までに術前の歯科スクリーニング及び歯科処置を実施してまいります。

ご紹介いただきありがとうございました。

初回受診日 :                   年           月           日

※ FAX送信のみ。原本の郵送は不要。

大崎市民病院 地域医療連携室  
Fax 0229-24-3005