

診療情報提供書

平成 00 年 00 月 00 日

〇〇歯科医院
〇〇 〇〇先生御机下

謹啓

〇〇の候、先生におかれましては益々ご健勝にてご活躍のこととお喜び申し上げます。
いつも大変お世話になっております。さて、当院で治療中の〇〇〇〇様が、この度、〇〇市に転居されることになりました。つきましては、今後の矯正治療管理をお願いしたくご紹介申し上げる次第です。なお、転医資料につきましては、別便にて郵送致します。先生に於かれましてはご多忙のことと拝察しますが、何卒ご高診・ご加療の程お願い致します。

敬白

記

氏名	〇〇 〇〇 (00 歳)
住所 (現)	〇〇市〇町 00-00
電話番号 (現)	000-000-0000
診断名	〇〇
紹介目的	矯正管理
治療経過	平成 00 年 00 月 00 日初診・検査、同年 00 月から〇〇による〇〇の拡大、〇〇による〇〇の整直を行ってまいりました。平成 00 年 00 月より〇〇の使用を開始し、現在まで〇〇を使用いただき経過を診てまいりました。

以上

〒000-0000 〇〇市〇〇町 0 番 00
矯正歯科 〇〇クリニック
院長 〇〇 〇〇 印
TEL 000-000-0000
FAX 000-000-0000