

# 紹介状・診療情報提供書

年 月 日

医療機関名

所在地

電話/Fax番号

診療科医師氏名

印

新潟大学医歯学総合病院	口腔再建外科	担当医	殿
ふりがな			
氏名	明・大・昭・平 年 月 日生(才) 男・女		
紹介理由または傷病名			
症状経過、検査結果			
治療経過			
現在の処方・注射薬			

新潟大学医歯学総合病院

〒951-8520 新潟市中央区旭町通り1番町754番地  
TEL 025-223-6161(代)