照　会　状

平成　　年　　月　　日

（照会先医療機関等名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿　科　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　先生

歯科医師氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

下記の患者様について、問い合わせ致します。

患者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ 様 （男・女）	生年月日	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日 （　　才）
患者住所		電話番号	（　　）　　—

照会内容

御多忙の所恐縮ですが、宜しくお願い致します。