

診療情報提供書 (歯科口腔外科用)

[紹介先医療機関]

大和市立病院

年 月 日

神奈川県大和市深見西八丁目3番6号
 直通：046（260）3376 (TEL・FAX)
 代表：046（260）0111 (TEL)
 (内線) 2222

[紹介元医療機関]

所在地
 医療機関の名称
 電話番号
 FAX番号

<h3 style="margin: 0;">歯科口腔外科</h3>
<small>希望する医師がいる場合は医師名を記入</small>

診療科 _____

先生のお名前 _____

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	M・T・S・H 年 月 日
現住所	〒 (-)	電話	()
連絡先	お名前	電話	()
		続柄	

傷病名

紹介目的(丸印をつけてください)

1. 抜歯依頼 (歯式 _____)
2. 腫瘍、腫脹、疼痛の精査・加療 (部位 _____)
3. エックス線透過像、不透過像、骨吸収の精査・加療 (部位 _____)
4. 口腔粘膜病変の精査・加療
5. 顎関節精査・加療
6. 有病者歯科治療 (高血圧、糖尿病、心疾患、肝炎、その他: _____)
7. 全身麻酔下歯科治療依頼
(理由:脳性マヒ、精神発達遅滞、自閉症、歯科恐怖症、その他: _____)
8. 外傷、骨折の精査・加療
9. 補綴前処置依頼
10. 矯正、顎変形症の精査・加療
11. いびき、睡眠時無呼吸の精査・加療
12. その他

連絡事項、その他