

# 診療情報提供書（紹介状）

大垣徳洲会病院  
歯科口腔外科用

令和 年 月 日

〒503-0015 大垣市林町6丁目85-1  
TEL 0584-77-6110  
FAX 0584-77-6125

医療機関の  
所在地  
名称  
医師名  
TEL  
FAX

ふりがな 患者氏名	_____	性別	男・女
生年月日	(明・大・昭・平・令) _____	年	月 日生 才
住 所	_____		
TEL(自宅)	_____		
(携帯)	_____		

疾病名	_____
-----	-------

- ご紹介目的
- |                                    |  |                                  |
|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 埋伏智歯抜歯    | <input type="checkbox"/> 抜歯（普通・便宜）       | <input type="checkbox"/> 炎症      |
| <input type="checkbox"/> 嚢胞        | <input type="checkbox"/> 腫瘍              | <input type="checkbox"/> 粘膜病変    |
| <input type="checkbox"/> 外傷        | <input type="checkbox"/> 顎関節             | <input type="checkbox"/> 摂食、嚥下障害 |
| <input type="checkbox"/> インプラント用CT | <input type="checkbox"/> 全身疾患有り（ _____ ） |                                  |
| <input type="checkbox"/> 抗凝固療法中    | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）    |                                  |

症状、経過	_____
-------	-------

現在の処方	_____
-------	-------

アレルギーの有無	備考
無・有（ _____ ）	_____