

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 無・有（ _____ ）	備考
--------------------------	----