

独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター

歯科口腔外科 診療情報提供書兼紹介状

FAX : 0120-473-489 TEL:0954-43-1120 (代)

西暦 年 月 日

紹介医名

紹介施設名

施設連絡先

嬉野医療センター 井原 功一郎 先生

下記の患者様をご紹介しますので、よろしくお願い致します。

患者様氏名	患者様連絡先		-	-
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生 (歳) 性別 男・女
診断名	部位・原因歯	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1
				※左右の間違いにご注意ください
	(上記以外の部位 :)
	炎症 (P急発 急化Per Perico		上顎骨周囲炎	下顎骨周囲炎)
	のう胞疑い 腫瘍疑い	外傷	顎関節症	
	(上記以外の疾患 :)
紹介目的	精査・加療の依頼	消炎・点滴依頼	抜歯依頼	外科矯正の依頼
	インプラント治療の依頼	矯正インプラントアンカー埋入の依頼		
	セカンドオピニオン	CT撮影依頼	その他 ()
既往歴	糖尿病	高血圧	アレルギー	心疾患 ()
	肝疾患 ()		腎疾患 ()	
	脳血管障害 ()		心の疾患 ()	
	その他 ()
家族歴				
現在飲まれているお薬				
	※多数服用されている場合は必ずお薬手帳を持たせてください			
症状・治療経過・検査結果				