

# 診療情報提供書 (紹介状)

紹介先医療機関

湘南東部総合病院 歯科口腔外科

紹介元医療機関

紹介日	年	月	日
患者氏名	フリガナ		
	M・T・S・H・R	年	月 日 生

医院名 :   担当医師名 :
--------------------------

※以下該当するところに☑をお願いします。

部 位	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 <input type="checkbox"/> -----+----- 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 臼歯部 <input type="checkbox"/> 口蓋 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 唇部 <input type="checkbox"/> その他
疑い病名	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> per <input type="checkbox"/> perico. <input type="checkbox"/> 埋伏歯 <input type="checkbox"/> 粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> 口腔心身症 <input type="checkbox"/> ドライマウス <input type="checkbox"/> 炎症 <input type="checkbox"/> 神経疾患 <input type="checkbox"/> 顎変形症 <input type="checkbox"/> その他
紹介目的	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 精査・加療 <input type="checkbox"/> セファロ ( <input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面 ) <input type="checkbox"/> 精査のみ <input type="checkbox"/> その他
既往症	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 薬剤・食物アレルギー (不明・ )
経 過 (簡単で結構です。)	

<input type="checkbox"/> 担当医指定 _____ 先生 (状況により、難しい場合があります。)
<input type="checkbox"/> 紹介内容のみの診療
<input type="checkbox"/> 紹介内容以外の診療時には電話連絡
<input type="checkbox"/> 画像添付あり (基本的に画像は必要ありません)
⇒ 返却の必要性 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> その他 _____