

診療情報提供書

年 月 日

しん義歯科口腔外科

外来担当医 先生
侍史

紹介医療機関及び所在地
〒

担当医名 (印)
電話番号 () —
FAX番号 () —

ふりがな		性別	生年月日		年齢
患者氏名		男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
主訴または病名 (症状)		返書	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> その他 ()		
既往歴	<input type="checkbox"/> 全身疾患あり <input type="checkbox"/> 全身疾患なし ()				
家族歴	祖父、祖母、父、母、兄弟、姉妹 ()				
紹介内容	<input type="checkbox"/> 歯科治療 ・ 医科→歯科 () ・ 歯科→歯科 () <input type="checkbox"/> 外科治療 ・ 抜歯 ・ その他 () <input type="checkbox"/> 義歯治療 (前回の義歯作成日： 年 月 日) ※補管の確認のため記載をお願いしております <input type="checkbox"/> その他 ()				
紹介理由	<input type="checkbox"/> 医科連携 () <input type="checkbox"/> 歯科連携 () <input type="checkbox"/> 患者希望 () <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン ()				
逆紹介について	<input type="checkbox"/> 希望する ・ 主訴のみ ・ 1 歯の治療完了まで 希望内容 ・ 治療を必要とする部分すべて ・ 治療計画の立案から全て ・ 指定部位のみ () <input type="checkbox"/> 希望しない ・ 医院希望 ・ 患者希望				
注意事項	①外科診療日は、毎週火曜日です。来院前に必ず患者様より当院にご連絡をお願いいたします。 ②内容によっては、患者様のご希望・ご要望に沿えないこともございますので予めご了承ください。 ③専門性のある治療や対応が必要な場合は、他医療機関へご紹介する場合がございます。 上記内容に同意 する ・ しない				