

# 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
	男性      ・      女性

医院名：
紹介医師名：

※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 _____
部位目的	<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                  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"/> 紹介内容のみの診察 <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 _____	