

※予約方法については各科へお問い合わせください。

平成 年 月 日

診療情報提供書【歯科用(口腔外科を除く)】

※別途、口腔外科は専用用紙があります。

神奈川県大学附属 横浜クリニック _____ 科 初診医

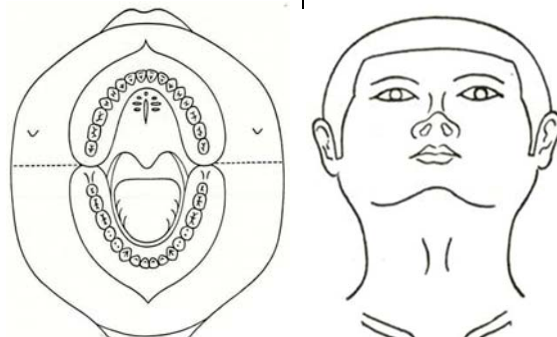
_____ 宛

【紹介元】
医療機関所在地
医療機関名
電話番号
医師氏名

印

下記の患者様をご紹介します。

患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大・昭・平・ (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 生 (_____ 歳)		
住所	TEL _____ (_____)		

紹介内容	(チェックを入れて下さい)	(部 位)							
	<input type="checkbox"/> 歯周炎 <input type="checkbox"/> 齶蝕治療 <input type="checkbox"/> 根管治療 <input type="checkbox"/> 義歯修理・作製 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 治療困難 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____ <input type="checkbox"/> 紹介部位のみ治療希望 <input type="checkbox"/> 全ての治療を希望	<table border="1"> <tr> <td>E D C B A</td> <td>A B C D E</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td>1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td>E D C B A</td> <td>A B C D E</td> </tr> </table> 	E D C B A	A B C D E	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	E D C B A
E D C B A	A B C D E								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8								
E D C B A	A B C D E								

症状・経過	
-------	--

患者様に関する留意点	薬の服用	・なし	・不明	・あり	→ (_____)
	アレルギー	・なし	・不明	・あり	→ (_____)
	全身の既往歴	・なし	・不明	・あり	→ (_____)

添付資料	<input type="checkbox"/> な し	
	<input type="checkbox"/> あ り	→ X 線画像 (デンタル ・ パントモ) ・ 口腔内写真 _____ 枚 模 型 ・ C D ・ その他 (_____)
	返 却:	<input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし

【問合せ】 神奈川県大学附属 横浜クリニック : 045-313-0007(代表)

E-mail : chiiki-irenkei@kdu.ac.jp

URL:http://www.hama.kdu.ac.jp