

紹 介 状

(診療情報提供書)

年 月 日

紹介先医療機関名 朝日大学歯学部附属病院

歯科口腔外科・保存科・歯周病科・補綴科・総合診療科

インプラント科・矯正歯科・小児歯科・歯科放射線科・障害者歯科

初診医または _____ 先生

紹介元医療機関の
所在地及び名称

電 話 番 号

歯科医師氏名
医 師 氏 名

Ⓜ

ふりがな 患者氏名	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日生(歳) 男・女																																																																																																						
部 位 ○等で お示し 下さい	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10">S S</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="16">-----</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td colspan="10">E D C B A</td> <td colspan="6">A B C D E</td> </tr> <tr> <td colspan="16">S S</td> </tr> </table>	S S										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						S S																	
S S																																																																																																							
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																																																																																													
S S																																																																																																							
傷病名・ 紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断と治療 外 傷・顎変形症・顎関節疾患・嚢胞・腫瘍・口腔粘膜の異常・口腔内不快症状 <input type="checkbox"/> 外科的処置依頼 抜 歯 抜歯後の処置等 → 紹介元医院・朝日大学・その他 () 歯根端切除 冠除去と再根治 → 紹介元医院・朝日大学・その他 () 小帯切除 (上唇・舌・頬) 歯の移植 (部位: — — の歯を — — 部に移植) その他の外科的処置 () <input type="checkbox"/> 消炎処置 (消炎のみ・消炎と原因治療・原因歯抜去:可・患者さん次第・否) <input type="checkbox"/> 有病者等 (抜歯・外科処置・抜髄・すべての治療・その他 ()) <input type="checkbox"/> 検査依頼 (CT・超音波検査・顎機能検査・血液・尿・その他 ()) <input type="checkbox"/> 他 処 置 (歯内療法処置・歯周処置・補綴処置・矯正処置・歯科的対応困難者の処置・ 小児歯科処置・インプラント (部位: — —)) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()																																																																																																						
全 身 疾 患 等	有 () ・ 無																																																																																																						
レントゲン 添 付	有 ・ 無	処 方	有 () ・ 無																																																																																																				
症状および 治療経過等																																																																																																							