

# 診療情報提供書

神奈川歯科大学附属病院 科  初診医

宛

医療機関所在地  
医療機関名  
電話番号  
歯科医師氏名

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・令 (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"/> 抜 歯 <input type="checkbox"/> 外 傷 <input type="checkbox"/> 顎関節症 <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"/> 画像検査 (セファロ・CT) <input type="checkbox"/> その他検査 (歯科金属アレルギー・口臭) <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></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td></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>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></td><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td></td><td></td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></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			A	B	C	D	E			
	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