

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関

紹介元医療機関

茅ヶ崎徳洲会 歯科口腔外科			
TEL. 0467-58-1392 FAX. 0467-58-1461			
患者氏名	フリガナ		男性
			・
			女性
	生年月日： 年 月 日		

医療機関名：			
紹介医師名：			
紹介日：	年	月	日

※以下該当することろをお願いします。

該 当 部 位	部位：□(上・下) 顎 □(左・右) 側 □前歯部 □小臼歯部 □臼歯部 □舌 □歯肉 □口蓋 □(上・下) 唇 □類粘膜 □その他 ()																															
	歯式： <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 右 <table style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">8</td><td style="padding: 5px;">7</td><td style="padding: 5px;">6</td><td style="padding: 5px;">5</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">3</td><td style="padding: 5px;">2</td><td style="padding: 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">1</td><td style="padding: 5px;">2</td><td style="padding: 5px;">3</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">5</td><td style="padding: 5px;">6</td><td style="padding: 5px;">7</td><td style="padding: 5px;">8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">8</td><td style="padding: 5px;">7</td><td style="padding: 5px;">6</td><td style="padding: 5px;">5</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">3</td><td style="padding: 5px;">2</td><td style="padding: 5px;">1</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">1</td><td style="padding: 5px;">2</td><td style="padding: 5px;">3</td><td style="padding: 5px;">4</td><td style="padding: 5px;">5</td><td style="padding: 5px;">6</td><td style="padding: 5px;">7</td><td style="padding: 5px;">8</td> </tr> </table> 左 </div>	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	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																	
疑 わ れ る 疾 患 ・ 病 名	<input type="checkbox"/> 埋伏歯 <input type="checkbox"/> 智歯周囲炎(Perico) <input type="checkbox"/> う蝕(C) <input type="checkbox"/> 根尖性歯周炎(Per) <input type="checkbox"/> 嚢胞・腫瘍 <input type="checkbox"/> 顎関節症 <input type="checkbox"/> 炎症性疾患 <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 口腔粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 口腔乾燥症 <input type="checkbox"/> 口腔心身症 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> その他 ()																															
目的・依頼内容	<input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 精査と治療 <input type="checkbox"/> 精査のみ <input type="checkbox"/> その他 ()																															
既往歴・注意事項	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 胃腸疾患 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 歯科治療恐怖症 <input type="checkbox"/> 薬剤または食物アレルギー（詳細： ） <input type="checkbox"/> その他 ()																															
症状・経過、連絡事項など																																

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関

紹介元医療機関

茅ヶ崎徳洲会 歯科口腔外科		
TEL. 0467-58-1392 FAX. 0467-58-1461		
患者氏名	フリガナ	男性
		・
		女性
	生年月日：	年 月 日

医療機関名：			
紹介医師名：			
紹介日：		年	月 日

※以下該当するところにお願いします。

該 当 部 位	部位：□(上・下) 顎 □(左・右) 側 □前歯部 □小臼歯部 □臼歯部 □舌 □歯肉 □口蓋 □(上・下) 唇 □頬粘膜 □その他（ ）
	歯式： <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div style="text-align: right;">右</div><div style="flex-grow: 1; position: relative; height: 60px; border-bottom: 1px solid black; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></div><div style="text-align: left;">左</div></div>
疑 わ れ る 疾 患 ・ 病 名	<div><input type="checkbox"/>埋伏歯 <input type="checkbox"/>智歯周囲炎(Perico) <input type="checkbox"/>う蝕(C) <input type="checkbox"/>根尖性歯周炎(Per)</div> <div><input type="checkbox"/>嚢胞・腫瘍 <input type="checkbox"/>顎関節症 <input type="checkbox"/>炎症性疾患 <input type="checkbox"/>外傷</div> <div><input type="checkbox"/>口腔粘膜疾患 <input type="checkbox"/>口腔乾燥症 <input type="checkbox"/>口腔心身症 <input type="checkbox"/>神経障害</div> <div><input type="checkbox"/>その他（ ）</div>
目的・依頼内容	<div><input type="checkbox"/>抜歯 <input type="checkbox"/>精査と治療 <input type="checkbox"/>精査のみ</div> <div><input type="checkbox"/>その他（ ）</div>
既往歴・注意事項	<div><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>高血圧症 <input type="checkbox"/>脳卒中 <input type="checkbox"/>骨粗鬆症 <input type="checkbox"/>リウマチ</div> <div><input type="checkbox"/>血液疾患 <input type="checkbox"/>胃腸疾患 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病 <input type="checkbox"/>貧血</div> <div><input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>結核 <input type="checkbox"/>がん <input type="checkbox"/>歯科治療恐怖症</div> <div><input type="checkbox"/>薬剤または食物アレルギー（詳細： ）</div> <div><input type="checkbox"/>その他（ ）</div>
症状・経過、連絡事項など	

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関

紹介元医療機関

茅ヶ崎徳洲会 歯科口腔外科 TEL. 0467-58-1311		
患者氏名	フリガナ	男性 ・ 女性
	生年月日： 年 月 日	

医療機関名：
紹介医師名：
紹介日： 年 月 日

【ご来院される患者様へ】

※ ご来院当日は、予約時間の15分程前までに受付をおこなってください。

※ 受付で紹介状を必ずご提出ください。

※ 当日ご持参ください。

- ① 診療情報提供書（紹介状）
- ② 保険証またはマイナンバーカード
- ③ 各医療券等（老人医療券等）
- ④ 診察券（茅ヶ崎徳洲会病院診療カードをお持ちの場合のみ）

※ 当日ご来院できない場合には0467-58-1311までご連絡ください。

