

診療情報提供書（紹介状）

紹介先医療機関

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	

紹介元医療機関

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にお願いします。

該 当 部 位	部位： <input type="checkbox"/> （上・下） 頸 <input type="checkbox"/> （左・右） 側 <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 小臼歯部 <input type="checkbox"/> 臼歯部 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 歯肉 <input type="checkbox"/> 口蓋 <input type="checkbox"/> （上・下）唇 <input type="checkbox"/> 類粘膜 <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
	歯式： 右	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"/> 囊胞・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（ ）																	
	<input type="checkbox"/> 拔歯 <input type="checkbox"/> 精査と治療 <input type="checkbox"/> 精査のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）																	
目的・依頼内容	<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（ ）																	
	既往歴・注意事項																	
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

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	

紹介元医療機関

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にお願いします。

該 当 部 位	部位： <input type="checkbox"/> (上・下) 頸 <input type="checkbox"/> (左・右) 側 <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 小臼歯部 <input type="checkbox"/> 臼歯部 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 齒肉 <input type="checkbox"/> 口蓋 <input type="checkbox"/> (上・下) 唇 <input type="checkbox"/> 類粘膜 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	歯式： 右 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 左 <hr/> 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"/> 囊胞・腫瘍 <input type="checkbox"/> 頸関節症 <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 ()									
	<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

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

紹介元医療機関

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。

