

## 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

※以下該当するところをお願いします。

該 当 部 位	部位： <input type="checkbox"/> (上・下) 顎 <input type="checkbox"/> (左・右) 側 <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 小白歯部 <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： <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">右</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">           8 7 6 5 4 3 2 1         </td> <td style="text-align: center;">           1 2 3 4 5 6 7 8         </td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">左</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">           8 7 6 5 4 3 2 1         </td> <td style="text-align: center;">           1 2 3 4 5 6 7 8         </td> <td></td> </tr> </table>	右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左					
	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

茅ヶ崎徳洲会 歯科口腔外科  
TEL. 0467-58-1392 FAX. 0467-58-1461

紹介元医療機関

医療機関名：

患者氏名	フリガナ	男性 ・ 女性
	生年月日：                      年                      月                      日	

紹介医師名：

紹介日：                      年                      月                      日

※以下該当するところをお願いします。

該 当 部 位	部位： <input type="checkbox"/> (上・下) 顎 <input type="checkbox"/> (左・右) 側 <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 小白歯部 <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： <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">右</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">           8 7 6 5 4 3 2 1         </td> <td style="text-align: center;">           1 2 3 4 5 6 7 8         </td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">左</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">           8 7 6 5 4 3 2 1         </td> <td style="text-align: center;">           1 2 3 4 5 6 7 8         </td> <td></td> </tr> </table>	右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
右	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	左					
	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

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。

