

医療法人伊東会 伊東歯科口腔病院宛
診療情報提供書兼紹介状

FAX: 0120-548-633

TEL: 096-343-0377(代)

平成 年 月 日

紹介医名 _____

紹介施設名 _____

施設連絡先 _____

伊東歯科口腔病院 _____ 先生 _____

下記の患者様をご紹介いたしますので、よろしくお願い致します。

患者様氏名		患者様連絡先															
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生(歳)	性別	男性・女性										
診断名	部位・原因歯	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
	(上記以外の部位:)															
	炎症	(P急発	急化Per	Perico	上顎骨周囲炎	下顎骨周囲炎)											
	のう胞疑い	膿瘍疑い	外傷	顎関節症													
	(上記以外の原因:)															
紹介目的	精査・加療の依頼	消炎・点滴依頼	抜歯依頼	歯科矯正治療の依頼													
	外科矯正の依頼	インプラント治療の依頼	インプラント前外科治療の依頼														
	インプラント後の検査・経過	矯正用インプラント埋入の依頼	全麻下での集中歯科治療														
	セカンドオピニオン	経過報告	その他	()													
撮影依頼	CT撮影依頼	パノラマ撮影依頼	その他	()													
	既往歴	糖尿病	高血圧	アレルギー	心疾患	()											
	肝疾患	()			腎疾患	()											
	脳血管障害	()			心・身疾患	()											
	その他	()															
家族歴																	
現在飲まれているお薬	抗菌剤	鎮痛剤	その他	()													
				ビスフォスフォネート製剤	()												
症状・治療経過・検査結果																	