

患者紹介状〔診療情報提供書〕

作成日： 年 月 日

紹介先医療機関

横浜市立市民病院 歯科口腔外科

医師

ふりがな
患者氏名

性別 男
女

紹介元医療機関所在地・名称

生年月日

年 月 日

住 所

電話番号

FAX

電話番号

医師名

先生

主訴または病名、症状

紹介目的（該当するものにチェックしてください）

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> : 抜歯 | <input type="checkbox"/> : 口腔外科疾患（腫瘍・嚢胞・粘膜疾患・口腔乾燥症 ほか） |
| <input type="checkbox"/> : 消炎 | <input type="checkbox"/> : 歯科心身症（舌痛症・口臭症 ほか） |
| <input type="checkbox"/> : 外傷 | <input type="checkbox"/> : その他（睡眠時無呼吸症候群・口腔ケア・全身麻酔下歯科治療） |
| <input type="checkbox"/> : 顎関節症 | <input type="checkbox"/> : 画像撮影（CT・MRI・セファロ ほか） |
| <input type="checkbox"/> : 顎変形症 | （☆歯科診療特別対応加算 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし） |

特記事項（既往歴・家族歴・問題点） なし・あり

症状経過・検査結果・治療経過および現在の処方など

他の連絡事項