作成日　令和  年  月  日

**患者紹介状【診療情報提供書】**

**・紹介先医療機関情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **紹介先医療機関** | 医療法人社団嬉泉会嬉泉病院歯科口腔外科 | 　　　　先生 |

・**紹介元医療機関情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名称** |       |
| **医療機関所在地** |       |
| **電話番号** |       |
| **ＦＡＸ** |       |
| **歯科医師名** |       |

**・紹介患者情報**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |       |
| **紹介患者名** |       |
| **性別** |  | **生年月日（和暦）** | 　  年  月  日 |
| **住所** |       |
| **主訴または病名、症状** |       |
| **紹介目的****（該当するものにチェックをしてください。）** | [ ] 抜歯(難抜歯、智歯、有病者等)[ ] 口腔外科疾患(腫瘍、嚢胞、粘膜疾患等）[ ] 口腔感染(顎炎、蜂窩織炎、唾液腺炎等） [ ] 外傷[ ] 顎関節症 [ ] 有病者歯科治療 [ ] CT撮影(インプラント・精査等)[ ] その他（     ） |
| **既往歴・家族歴・ADL等** |       |
| **症状・経過・治療現在の処方等** |       |
| **他連絡事項** |       |