

受診 依頼票(診療情報提供書) 口腔外科用



令和 年 月 日

碧南市民病院

口腔外科・口腔ケアセンター御中

希望医師:

先生

住所:	
施設名:	
医師名:	印
TEL:	
FAX:	

フリガナ		性別	生年月日		
氏名			M・T・S・H・R 年 月 日		
住所	〒	TEL			
希望日	(1) 令和 年 月 日		□ 後日患者様から診察予約される。		
	(2) 令和 年 月 日				
家族歴 既往歴	特記事項(無・有)		薬剤アレルギー(無・有)		
			【薬剤: 内容不明】		
主訴	1. 歯の痛み 2. 顔や頬の痛み 3. 舌の痛み 4. 抜歯希望 5. 開口障害 6. 知覚異常 7. 腫脹 8. 癌の検査 9. 歯の欠損 10. 顎矯正治療希望 11. 口腔ケア希望 12. その他				
部位	1. 歯牙・歯肉 2. 頬粘膜 3. 舌 4. 口唇 5. 口蓋 6. 口底(口腔底) 7. 上顎洞 8. 顎関節 9. 頬部 10. オトガイ部 11. 顎下部 12. 骨切り 13. その他 []				
診断 (疑い) (未診断)	1. 埋伏歯 2. 歯牙・歯肉疾患 3. 炎症 4. 外傷 5. 顎関節疾患 6. 嚢胞性疾患 7. 腫瘍性疾患 8. 唾液腺疾患 9. 神経疾患 10. 粘膜疾患 11. 歯牙萌出異常 12. 術後継発症 13. 口腔心身症 14. 顎変形症 15. その他 []				
紹介 目的	1. 抜歯依頼(外来・入院) 2. 消炎処置 3. 診断 4. 治療 5. 全身疾患を管理した歯科治療 6. セカンドオピニオン 7. 口腔ケア依頼 8. インプラント依頼 9. その他 []				
紹介後の方針に 関する要望(無・有)	原因歯牙保存について 1. 要連絡 2. 貴科に一任 3. その他()				
インプラント CT単純	1. 上顎 2. 下顎 3. 上下顎 4. その他()				
画像形式	□CD-R		※CT撮影料金は自費		
症状・治療経過・検査結果等 現在の処方(無・有)					

碧南市民病院 TEL: (0566) 48-5050(代表)

地域連携室 TEL: (0566) 45-2616(直通)

FAX (0566) 46-3774