



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) 年 月 日 (2) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 後日患者様から診療予約される。			
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. 顎矯正治療希望 10. 口腔ケア希望 11. 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. 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. 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. 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	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム		※CT撮影料金は自費		
疾状・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