

診療情報提供書(診療)

西暦 年 月 日

土浦協同病院 歯科口腔外科

先生

- ☐ 受診希望日① 年 月 日 ()
- ☐ 受診希望日② 年 月 日 ()
- ☐ その他希望 ()
- ☐ 後日電話予約

医療機関名:
医師名: 印
住所:
TEL:
FAX:

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名	(旧姓)	生年月日:	年 月 日 (歳)
		明・大・昭・平・令	
住 所	〒 -	電話	
		携帯	

紹介目的	☐ 精査・加療	☐ 抜歯依頼	☐ 消炎・点滴依頼
主訴・傷病名	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:)		
	☐ P急発 ☐ 急化Per ☐ Perico ☐ 上顎骨周囲炎 ☐ 下顎骨周囲炎		
	☐ 膿瘍疑い ☐ 顎関節症 ☐ 外傷 ☐ 粘膜病変疾患 ☐ 腫瘍疑い		
	(上記以外の原因:)		
既往歴 及び 家族歴	既往 ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧		
	☐ 心疾患 ()	☐ 肝疾患 ()	
	☐ 腎疾患 ()	☐ 脳血管疾患 ()	
	☐ アレルギー ()	☐ その他 ()	
内服薬	☐ 抗菌剤 ☐ 鎮痛剤 ☐ その他 ()		
	☐ ビスフォスフォネート製剤 ()		
症状 検査結果 治療経過 処方			

※予約の際は事前にFAXをお願い致します。