

紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

医療法人 淳康会 さかいちかもりびょういん 堺近森病院

歯科・口腔外科 みや しげのり 宮 成典 部長宛

紹介元医療機関

所在地

名称

TEL・FAX

担当医

フリガナ 患者氏名		性別	男 ・ 女
患者住所	〒 -		
電話番号	- -		
生年月日		職業	

以下のチェック項目の通り依頼します。

1. 症 病 名	
2. 紹 介 目 的	<input type="checkbox"/> 抜歯依頼 <input type="checkbox"/> 診断精査依頼 <input type="checkbox"/> 消炎のみ依頼 <input type="checkbox"/> 嚥下評価依頼 <input type="checkbox"/> 消炎 及び 原因抜歯依頼 <input type="checkbox"/> 内科的疾患により術前抗生剤投与必要な一般歯科処置依頼 <input type="checkbox"/> その他 〔 〕
3. 既 往 症 家 族 歴 現 在 の 処 方	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 抗癌剤 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> BP 製剤 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能障害 <input type="checkbox"/> 自律神経失調症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 体幹保持困難 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 片マヒ <input type="checkbox"/> B 型肝炎 <input type="checkbox"/> C 型肝炎 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 抗 血 小 板 薬 <input type="checkbox"/> ア レ ル ギ ー <input type="checkbox"/> そ の 他 [] <input type="checkbox"/> 服薬なし <input type="checkbox"/> おくすり手帳なし <input type="checkbox"/> おくすり手帳あり（来院時に持参するよう指示）
4. 備 考	