**診　療　情　報　提　供　書**

令和　　年　　月　　日

紹介先

**国立長寿医療研究センター　歯科**

|  |
| --- |
| 紹介医住所医院名TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　スタンプ可　　　　  |

初診担当医　先生

TEL　0562-46-2311

FAX　0562-46-3309

下記の方を紹介します。

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　男・女明・大・昭・平　　　年　　月　　日　生（　　　歳）　　職業（　　　　　　　）住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　）　　－ |

○をつけるか記入願います。

|  |
| --- |
| 主訴・診断・紹介目的　　　部位　　　　　　　顎関節・口唇・舌・頬粘膜・口蓋・その他(　　　　)　　　　　　　　診断　　　　　　　埋伏歯・嚢胞・骨膜炎・顎関節症・その他(　　　　)　　　　　　　　　紹介目的　　　　　抜歯・摘出・消炎・その他（　　　　　　　　　　）既往歴及び家族歴　　　　　高血圧・心疾患・糖尿病・肝炎（　　　）・薬剤アレルギー（　　　　　）　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）病歴・診療状況　　　初診日　　　　平成／令和　　　　年　　　月　　　日　　　発症時期　　　平成／令和　　　　年　　　月　　　日　　　現在の処方　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |