**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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |