

# 歯科口腔外科 診察依頼票(診療情報提供書)

愛知県厚生農業協同組合連合会  
安城更生病院

令和 年 月 日

【施設名】

歯科口腔外科 御中

TEL( ) -  
FAX( ) -

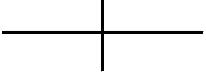
希望診察日

第1希望： 年 月 日(曜日)

【医師名】

第2希望： 年 月 日(曜日)

◎予約変更(日時等)に際して、安城更生病院が直接患者さんと調整を行うことに  同意します  同意しません  
※変更となった場合は必ず紹介医へ連絡させていただきます

フリガナ									性別	生年月日											
受診者名									男・女	T・S・H・R	年月日										
住所	TEL( ) -																				
保険別																					
自費	交通	労災	生保	退家	退本	国家	日本	健家	健本	高前齢期	1割	2割	3割	/	高後齢期	1割	3割	身障	母子	子ども	その他
保険者番号						公費負担者番号															
記号						番号						公費負担受給者番号									
資格取得						有効期限						被保険者・世帯主名									
既往歴											薬物アレルギー (無・有)			【薬剤名： ・不明】							
主訴	1. 歯の痛み 2. 顔や頬の痛み 3. 舌の痛み 4. 拔歯希望 5. 開口障害 6. 知覚異常 7. 腫脹 8. 癌の精査 9. 頸矯正治療希望 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. 頸関節 9. 頬部 10. オトガイ部 11. 頸下部 12. その他 																				
診断 (疑い) (未診断)	1. 埋没歯 2. 歯牙・歯肉疾患 3. 炎症 4. 外傷 5. 頸関節疾患 6. 囊胞性疾患 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 																				
診療情報  症状経過・ 検査結果・ 治療経過・ 現在の処方 など																					

安城更生病院 地域連携室 TEL(0566)74-8384 FAX(0566)77-5480