## 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

希望診察日

## 記載例

令和 ○○年 ○ 月 ○ 日

歯科口腔外科 御中

【施設名】

安城更生歯科クリニック

 $TEL(\triangle \triangle \triangle \triangle)$  OO -  $\times \times \times \times$ 

FAX (ΔΔΔΔ) OO - ××××

【医師名】 更生 太郎

第1希望: ○○ 年 ○月 ○日(○曜日)

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 一同意します □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		アンジョウ ハナコ				性別 生年月日						
受診者名		安城 花子			男	· <b></b>	TS	H • R • OO	年 〇月	<b>O</b> 日		
住	所	安城市安城町東広畔28番地 TEL ( ΔΔΔ										
保険別公費負担別												
自 交 費 通	災(	マスター 家 タース タース マース マース マース マース マース マース マース マース マース マ	及 国 (I	国 健 健 高前 本 家 本 齢期	1 2 3 割 割 割	高齢	後 1 3 期 割 割		子 ど も (	)他 )		
保	33333						公費負担者番号					
記号	000	0000	番号		公費負担受給者番号							
資格取得	00.0	0.0	有効期限	被保険	被保険者・世帯主名							
既往歴	高血圧					薬物アレルギー (無)・ 有 )   【薬剤名: ・ 不明 】						
主訴	1. 歯の	り痛み	2. 顔や頬の	痛み 3. 舌の痛み	4. 抜	歯希望	5.	開口障害	6. 知覚異常			
	7. 腫腫	Ę	8. 癌の精査	9. 顎矯正治療希	望 10. 口	腔ケア	希望 11	. その他(		)		
部 位	1. 歯タ	牙•歯肉		2. 頬粘膜	3.	舌		4. 口唇	5. 口蓋			
	6. 口垣	底(口腔底)	7. 上顎派	8.	τ̈́	9. 🤊	頬部	10. オ	トガイ部			
	11. 顎	下部	12. その	他								
診断 (疑い) (未診断)	1. 埋治	ひ歯 ( )	2. 歯牙・歯肉	肉疾患 3. 炎症	4. 外1	傷	5.	顎関節疾患	6. 囊胞性疾患	患		
	7. 腫症	<b></b> 唐性疾患	8. 唾液腺疾	患 9. 神経疾患	10. 料	站膜疾患	11	. 歯牙萌出異常	12. 術後継発	症		
	13. □	腔心身症	14. その他									
診療情報 症状経過・ 検査解経過・ 現在の処方 など			犬経過・検 ご記載くだる	査結果・治療経過 さい。	·現在 <i>0</i>	)処方	など、は	出来るだけ詳	<b>羊細</b>			