

歯科口腔外科 診察依頼票(診療情報提供書)

令和 年 月 日

愛知県厚生農業協同組合連合会
安城更生病院

【施設名】

歯科口腔外科 御中

TEL () -

希望診察日

FAX () -

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				公 費 負 担 別	
自費	交通	労災	生保	退家	退本
国家	国本	健家	健本	高前	1 2 3
高後	1 3	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. 抜歯希望 5. 開口障害 6. 知覚異常 7. 腫脹 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. 顎関節 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. 埋没歯 2. 歯牙・歯肉疾患 3. 炎症 4. 外傷 5. 顎関節疾患 6. 嚢胞性疾患 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				