

歯科口腔外科 診察依頼票(診療情報提供書)

年 月 日

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

JA愛知厚生連 安城更生病院

<紹介元>

【安城更生病院 記入欄】										備考
患者番号										資格確認 <input type="checkbox"/>
予約内容										

施設名
所在地
TEL
FAX
担当医

診察依頼 歯科口腔外科 先生

ネット予約 月 日 () 時 分 (※ネット予約した日時を記入してください)

【受診希望日】 本日(緊急診察)

希望日あり ↓ 明日以降の一番早い日 希望日なし

安城更生病院が、予約変更を患者さんと調整すること

同意します 同意しません

① 月 日 () ② 月 日 () ③ 月 日 ()

その他() (○月○日以外の日を希望など)

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
受診者名		<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	年 月 日 歳
住所	〒 -	自宅	-	-
		携帯電話	-	-

診察券番号 有(ID:) 無 (※安城更生病院の診察券をお持ちの場合はご記入ください)

保険別 国保 社保 後期 自賠 労災 生保 保険者番号

公費負担別 身障 母子 子ども 精神 その他() 記号 番号

既往歴 薬物アレルギー (有 無)
【薬品名: 不明】

主訴 歯の痛み 顔や頬の痛み 舌の痛み 抜歯希望 開口障害 知覚異常
 腫脹 癌の精査 顎矯正治療希望 口腔ケア希望 その他()

部位 歯牙・歯肉 頬粘膜 舌 口唇 口蓋
 口底(口腔底) 上顎洞 顎関節 頬部 オトガイ部
 顎下部 その他 []

診断 埋没歯 歯牙・歯肉疾患 炎症 外傷 顎関節疾患 嚢胞性疾患
 腫瘍性疾患 唾液腺疾患 神経疾患 粘膜疾患 歯牙萌出異常 術後継発症
 口腔心身症 その他 []

【臨床情報】 (既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項)
 別紙添付