

診療情報提供書

【紹介先医療機関】

〒388-8004

長野市篠ノ井会666-1

JA長野厚生連南長野医療センター 篠ノ井総合病院

歯科口腔外科 初診担当医行き

電話 026-292-2261 FAX 026-261-1063

【紹介元医療機関】

所在地 〒

医療機関名称

電話番号

先生のお名前

㊞

| | | | |
|--------------|--------------|---------------|---------|
| フリガナ 患者氏名 | 性別 | 生年月日 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 住所 〒 | 電話番号 携帯電話 | | |

①病名: 智歯 per pul C4 関節症 腫瘍 口内炎 舌痛症
白板症 扁平苔癬 炎症 インプラント その他 精査
 その他(自由記載)

②部位:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

その他部位記載

③基礎疾患: 骨粗鬆症 出血傾向 HT DM なし
 その他(自由記載)

④治療内容: 抜歯 手術 消炎 診断のみ 治療 精査
 その他(自由記載)

⑤その他 特記事項(自由記載)

⑥希望日
本日 (緊急時は直接電話お願いします。)
予約希望日 (月 日)