

受診依頼票 兼 診療情報提供書

依頼医療機関FAX用・海南病院用

平成 年 月 日

JA 愛知厚生連 海南病院 口腔外科

病医院名

医師 宛

医師名

第1希望受診日 平成 年 月 日 曜日

TEL

第2希望受診日 平成 年 月 日 曜日

FAX

第3希望受診日 平成 年 月 日 曜日

下記の方ご紹介いたします。よろしくお願ひ申し上げます。

公費負担者番号				保険者番号			
受給者番号				被保険者証	記号	番号	
受診者	ふりがな			男 ・ 女	被保険者氏名		
	氏名				資格取得日	年 月 日	
	生年月日	M・T・S・H	年 月 日 歳		子障母番号		
	貴院ID				←『海南 SUN-sen ネット』ご利用時には必ずご記載ください		
住所	〒						Tel - -

○紹介目的： 抜歯・診断処置・診断のみ・検査・セカンドオピニオン
その他()

○診療情報： 初診日 平成 年 月 日

○傷病名： 埋伏歯・ペリコ・歯周病・歯根膜炎・炎症(顎炎、蜂巣炎)・顎のう胞
粘液のう胞・外傷・腫瘍・粘膜病変・顎関節症・その他

備考欄：

部位： _____ 部

○既往歴： 高血圧・不整脈・脳血管障害・糖尿病・他・アレルギー・特記事項なし

○他院処方： 抗血小板薬(抗凝固療法中)・降圧剤・抗不整脈薬・血糖降下剤・インスリン・
向精神薬・不明・不詳

○自院処置： 消炎処置・鎮痛処置・洗浄・貼薬

自院処方内容：

その他特記事項：

○フィルム 有・無 検査結果・その他 有・無

◎術後経過観察・創処置は当院で(可・否)です。