**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

令和　　　　年　　　月　　　日

JA愛知厚生連　海南病院　　　　口腔外科

病医院名

医師名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　宛

第１希望受診日　　　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　曜日

第２希望受診日 令和　　　　年　　　月　　　日　　　　曜日

第３希望受診日 令和　　　　年　　　月　　　日　　　　曜日

**※連携登録医のみご利用いただけます**

□　紹介予約問い合わせ窓口を利用

□　WEB予約申込済み

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  | 男　・　女 | 被保険者　証 | 記号 | |  | | | | | |
| 受診者 | ふりがな |  | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | 被保険者氏名 | | |  | | | | | |
| 資格取得日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　　年　　　月　　　日　　　歳 | | | | | | | | 子障母番号 | | |  | | | | | |
| 住所 | 〒  Ｔｅｌ　　　　　-　　　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

下記の方ご紹介いたします。よろしくお願い申し上げます。

○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・令和　　　　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。

海南病院地域医療連携センター（ＴＥＬ0567-65-2511　ＦＡＸ0567-67-2975）