

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 宛

医師名

第1希望受診日 令和 年 月 日 曜日 TEL

第2希望受診日 令和 年 月 日 曜日 FAX

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

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。

公費負担者番号 保険者番号 受給者番号 受診者 住所

○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。