

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

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	
受診者	ふりがな			男 ・ 女	番号		
	氏名				被保険者氏名		
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日 歳		資格取得日		年 月 日
住所	〒			子障母番号			
				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・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。