

診療情報提供書（歯科口腔外科専用）

【紹介先】

神奈川歯科大学附属 横浜クリニック

歯科口腔外科/横浜顎変形症センター

初診担当医

_____ 先生

【紹介元】

医療機関所在地 〒

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

| | | | |
|------|------------|---|--------|
| ふりがな | | | |
| 患者氏名 | | | 性別 男・女 |
| 生年月日 | 大・昭・平・（西暦） | 年 | 月 日 |
| 住所 | TEL () | | |

| | | | | |
|------------|---|-----|-----|-----------|
| 紹介内容 | | | | |
| 症状・経過 | | | | |
| 患者様に関する留意点 | 薬の服用 | ・なし | ・不明 | ・あり → () |
| | アレルギー | ・なし | ・不明 | ・あり → () |
| | 全身の既往歴 | ・なし | ・不明 | ・あり → () |
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → X線画像 (デンタル・パントモ) ・口腔内写真 枚 模 型 ・ C D ・ その他 () 返 却： <input type="checkbox"/> 必要あり <input type="checkbox"/> 必要なし | | | |

【問合せ】 神奈川歯科大学附属 横浜クリニック : 045-548-8885(歯科口腔外科)

E-meil : yckoukuugeka@kdu.ac.jp

URL:http://www.hama.kdu.ac.jp