

診療情報提供書

[FAX用、患者持参用]

平成 年 月 日

九州大学病院・歯科部門 御中

依頼医療機関名

紹介先

依頼者名

科 先生 住所 〒

歯科総合予診

TEL () —

FAX () —

下記のとおり紹介します。

フリガナ			明治・大正・昭和・平成
氏名	(男・女)		年 月 日生 (歳)
受診希望日	平成 年 月 日 曜日	時 分頃	(新患受付: 8:30~11:00)
依頼項目	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 画像検査 (<input type="checkbox"/> 一般X線撮影 <input type="checkbox"/> 頭部X線規格撮影 (正・側) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> インプラントCT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 唾液腺造影 <input type="checkbox"/> その他:		
病名 紹介目的			
既往歴及び家族歴			
現病歴、治療経過又は今後の治療方針			
現在の処方			
検査結果			
備考 (薬剤アレルギー・禁忌等)			

留意事項

1. 即日小手術 (抜歯、嚢胞摘出等) を希望される場合

原則として健康で、炎症所見や全身疾患などがみられない患者さんに限ります。

また、担当医および手術器具の手配のため、3日前までに顎顔面口腔外科 (092-642-6445・6450)

に電話で予約をお取りいただき、患者さんにお持たせください。

(予約状況により、予約した医師と当日の執刀医が異なる場合があります。)

2. 画像検査を希望される場合

事前に口腔画像診断科 (092-642-6471) に電話で予約をお取りいただき、下記欄に記入の上、患者さんにお持たせください。特殊画像検査の場合は検査申込書への記入もお願いいたします。

検査内容	検査日時	平成 年 月 日 曜日 時 分
------	------	-----------------

3. 患者情報

内科等の主治医の連絡先	ケアマネージャーの連絡先	施設名
医院・病院	氏名	責任者
先生	TEL	TEL
TEL	FAX	FAX