

紹介状・診療情報提供書(貴院控)

20 年 月 日

こんどう歯科口腔外科
近藤 元 宛

【紹介元医療機関】

所在地および名称

電話番号

メールアドレス

医師名

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	年	月 日 (歳)
住 所		TEL		
主訴または疾病名				
	紹介目的 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 消炎点滴 <input type="checkbox"/> CT 検査依頼 <input type="checkbox"/> インプラントの診療依頼 <input type="checkbox"/> その他()			
	既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心身疾患 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> その他()			
症状および治療経過:				
現在、服用されている薬: <input type="checkbox"/> 抗生剤() <input type="checkbox"/> 鎮静剤() <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 改善薬()				
備考: <input type="checkbox"/> CT 抜きの CD-ROM 希望(DICOM データのみ・簡易ビューワのみ・両方希望) インプラントのためステントなど(あり・なし)				

予約電話 : 046-259-8883

厚木市中町 3-11-20 本厚木ケイビル 6 階