

紹介状

(診療情報提供書)

紹介先医療機関名

年 月 日

岐阜県口腔保健センター障害者歯科診療所

初診担当医 先生御机下

紹介元医療機関の

所在地及び名称

電話番号

歯科医師氏名

印

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|-----------|-----------------|-----------------|-------|--|-----------------|-----------------|-----------|-----------|
| ふりがな 患者氏名 | 生年月日 大・昭 平・令 年 月 日 (歳) 男・女 | | | | | | | | | | |
| 〒 住所 | 電話番号 () | | | | | | | | | | |
| 障がい名 又は 疾患名 | <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 自閉 SP 症 <input type="checkbox"/> 脳性麻痺 <input type="checkbox"/> ダウン症候群 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄損傷 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> アレルギー () | | | | | | | | | | |
| 傷病名 部 位 | <table border="1"><tr><td>E D C B A</td><td>A B C D E</td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td colspan="2"><hr/></td></tr><tr><td>8 7 6 5 4 3 2 1</td><td>1 2 3 4 5 6 7 8</td></tr><tr><td>E D C B A</td><td>A B C D E</td></tr></table> | E D C B A | A B C D E | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | <hr/> | | 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | E D C B A | A B C D E |
| E D C B A | A B C D E | | | | | | | | | | |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | | | | | | | | |
| E D C B A | A B C D E | | | | | | | | | | |
| 紹介目的 診療室での様子 (出来たこと、 出来なかったこと等) | | | | | | | | | | | |
| 今後について | 今後について、患者さんと相談のうえ、下記のようにお願いしたいと存じます。 <input type="checkbox"/> 治療終了後は当院で定期検診を行っていく予定です。 <input type="checkbox"/> 治療終了後も貴院での診療をお願いします。 <input type="checkbox"/> 今後貴院と当院との連携の下、患者さんの診療に当たらせていただきたい。 <input type="checkbox"/> その他 () ご紹介・ご報告させていただきますので、よろしくお願い申し上げます | | | | | | | | | | |