

## 診療情報提供書

九州大学病院・歯科部門 御中

紹介先

科 先生

歯科総合予診

依頼医療機関名

依頼者名

住所 〒

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)
依頼項目	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・手術 <input type="checkbox"/> 即日抜歯 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他:	
*記入必須	<input type="checkbox"/> 画像検査 → <input type="checkbox"/> 一般画像検査( <input type="checkbox"/> 頭部X線規格撮影 (正・側) <input type="checkbox"/> その他一般X線撮影) → <input type="checkbox"/> 特殊画像検査( <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CBCT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 唾液腺造影 <input type="checkbox"/> 咽頭造影)	
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. 即日抜歯を希望される場合

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、指定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

検査申込書(別紙)への記入も必要です。特殊画像検査の場合は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、下記欄にご記入の上、検査申込書と共に患者さんにお持たせください。

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	FAX