

患者紹介状（診療情報提供書）

年 月 日

医療法人社団 木津歯科

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい4-6-2
 みなとみらいグランドセントラルタワー2F
 TEL: (045)232-4441 FAX: (045)232-4446

医療機関名
 所在地

電話番号 () —
 FAX番号 () —

_____先生

医師名 _____[Ⓔ]

下記の患者をご紹介申し上げます。宜しくご配慮の程お願いいたします。

フリガナ			
患者氏名		殿 性別：男・女	
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)			
紹介目的			
<input type="checkbox"/> 骨移植術	<input type="checkbox"/> 顎堤形成術 <input type="checkbox"/> 上顎洞底挙上術 <input type="checkbox"/> その他 () (<input type="checkbox"/> 自家骨のみ <input type="checkbox"/> 場合により人工骨も可能)		
	部 位 (○で囲んで下さい。)		
	骨移植を必要とされる部位 87654321 12345678 87654321 12345678	予定されるインプラント埋入部位 87654321 12345678 87654321 12345678	予定埋入本数 () 本
<input type="checkbox"/> インプラント治療	<input type="checkbox"/> インプラント埋入手術 + 補綴治療 <input type="checkbox"/> インプラント埋入手術のみ 部位 (インプラント治療ご希望部位を○で囲んで下さい。) 87654321 12345678 87654321 12345678		
コメント			
既往歴			
感染症： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
貸し出しレントゲン			
<input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> デンタル <input type="checkbox"/> パントモ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> なし			