紹 介 状(診療情報提供書)

令和 年 月 日

福岡歯科大学医科歯科総合病院

口腔インプラント科　　　　　　　　　　　　　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　　〒：

所在地：

電話番号：

医療機関名：

紹介者氏名：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 性別 |
| 患者住所 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明･大･昭･平･令 年 月 日( 歳) |
|  |  |  |
| 傷病名 |  | |
| 紹介目的 |  | |
| 依頼内容を明確にするためチェックボックスも記入して下さい。  ☐　全顎的治療　　　　　　☐　インプラント治療のみ  ※内容確認のためにご連絡させていただくことがございます | |
| 既往歴 | お薬手帳を持参するようお伝え下さい。 | |
| 症状経過及び治療経過 |  | |
| ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ関連 | インプラントメーカー・サイズ・手術日などわかる範囲で記載して下さい。 | |
| 備考 |  | |