抜歯専用診療情報提供書（紹介状）

日本歯科大学
口腔リハビリテーション多摩クリニック

口腔外科　　担当　　先生　　令和　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地
名　　称
電話番号
医師氏名　　㊞

患者氏名	ふりがな 様	性別	□ 男 □ 女
生年月日	□ 大正　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　　年　　月　　日　　歳		
患者住所 電話番号	〒 TEL		
抜歯理由	□ う蝕、破折などにより保存困難なため □ 炎症がある、もしくはその原因となるため □ 隣在歯の治療のため □ 矯正治療のため □ その他（　　）		
抜歯部位 ○をつけて下さい	8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8		
既往歴	□ なし　□ 認知症 □ 糖尿病　□ その他（　　） □ 高血圧　□ 内服薬あり □ 骨粗鬆症　＊ありの場合はお薬手帳を持参させて下さい		
治療経過 現在の処方			
特記事項	□ なし □ あり　□ 嘔吐反射あり □ 全身麻酔や静脈内麻酔が必要 □ その他（　　）		
後処置	□ 当院で施行します □ 多摩クリニックで施行して下さい		
備考			

※　必要がある場合は画像診断のプリント、検査の記録を添付してください。USB、DVDでの持参はご遠慮願います。