

診療情報提供書(診察・検査依頼)

地域医療連携センター / 直通電話(0587)51-3344・FAX(0587)51-3343

年 月 日

JA愛知厚生連 江南厚生病院

科 _____ 先生 _____

- *依頼 診察
 周術期口腔機能管理依頼
 検査 (CT)

| |
|-------------------|
| 医療機関名 |
| 医師名 _____ 印 |
| TEL() - FAX() - |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| 【希望日時①】 年 月 日 (:) | 【希望日時③】 年 月 日 (:) |
| 【希望日時②】 年 月 日 (:) | <input type="checkbox"/> いつでもよい |

| | | | | |
|-----|------------|-----|------|--------------------|
| 受診者 | フリガナ _____ | 男・女 | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日生(才) |
| | 氏名 _____ | | 自宅電話 | () |
| | (旧姓 _____) | | 携帯電話 | () |
| 住所 | 〒 _____ | | | |

傷病名・紹介目的

周術期口腔機能管理依頼

有 : 当院で術前の口腔ケアは終了しました。入院中の口腔ケアをお願い致します。

無

検査項目・CT

撮影部位の詳細を記入 :

既往歴・現在の処方など (患者に関する留意事項)

症状及び治療経過

こうせいネット:カルテ公開及び参照につき 説明、同意了承済 説明、希望なし

*予約票をFAX返信致しますので患者さんにお渡しください。受付時間以降は翌診療日 8:30以降の返信となります。

*緊急時や入院要請は下記代表電話にて、歯科口腔外科へ直接ご連絡をお願い致します。

代表電話:(0587)51-3333・FAX:(0587)51-3300

FAX・江南厚生病院用