

# 診療情報提供書(歯科診察・検査依頼)

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

JA愛知厚生連 江南厚生病院

年 月 日

歯科口腔外科

先生

\*依頼  診察

周術期口腔機能管理依頼

検査(インプラント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 ( : )  いつでもよい

受	フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生(才)
診	氏名	(旧姓)		自宅電話	( )			
者				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:インプラントCT

撮影の詳細を記入

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

同意了承済

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てください。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