**診療情報提供書**

紹介先　鹿児島県歯科医師会立口腔保健センター

　　　　　　　　　　　　　先生御机下

　　　　年　　　月　　　日

紹介元施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

歯科医師

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

患者氏名　　　　　　　　　　　　性別　男・女

生年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　歳

患者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

歯科病名または主訴

紹介目的（う蝕治療、抜歯、口腔粘膜疾患、鎮静下あるいは全麻下歯科治療など具体的にご記入ください）

全身状態

知的障害、発達障害、身体障害、要介護高齢者、認知症、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

意思疎通（可、ある程度、不可）

糖尿病、高血圧、てんかん、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

症状ならびに治療の経過など（具体的にご記入ください）

処方：

備考：