

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： _____

