

診療情報提供書

平成 年 月 日

九州大学病院・歯科部門 御中

紹介先

顔面口腔外科 先生

依頼医療機関名

氏 名

住 所 〒

TEL () -

FAX () -

下記の患者を紹介します。

フリガナ		明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成
患者様氏名	(男 ・ 女)	年 月 日生 (歳)
受診希望日	平成 年 月 日 曜日	時 分頃 (新患受付: 8:30~11:00)

依頼項目	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・手術 <input type="checkbox"/> 入院・往診 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 画像検査 (<input type="checkbox"/> 一般 X 線撮影 <input type="checkbox"/> 頭部 X 線規格撮影 (正 ・ 側) <input type="checkbox"/> 特殊画像検査 (CT、歯科用 CT、MRI、超音波、造影) <input type="checkbox"/> その他:)
病 名 紹介目的	
既往歴および家族歴	
現病歴、治療経過または今後の治療方針	
現在の処方	
検査結果	
備考 (薬剤アレルギー・禁忌等)	

留意事項

1. 即日小手術 (抜歯、嚢胞摘出等) を希望される場合

原則として健康で、炎症所見や全身疾患などがみられない患者様に限ります。

また、担当医および手術器具の手配のため、**3 日前までに顎顔面口腔外科 (092-642-6445・6450)** に電話で予約をお取りいただき、下記欄に記入の上、患者様に持参させてください。

予約医名		手術日時	平成 年 月 日 曜日 時 分
------	--	------	-----------------

2. 画像検査を希望される場合

事前に**口腔画像診断科 (092-642-6471)** に電話で予約をお取りいただき、下記欄に記入の上、患者様に持参させてください。特殊画像検査の場合は別紙への記入もお願いいたします。

検査内容		検査日時	平成 年 月 日 曜日 時 分
------	--	------	-----------------