

診療情報提供書

神奈川県リハビリテーション病院
耳鼻咽喉科

() 先生宛
下記患者の診療をお願いいたします。

年 月 日

紹介元医療機関名:

住所:〒

電話番号:

FAX:

紹介医師氏名:

患者氏名:	様 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女)	生年月日:	年 月 日 (歳)
住所:	連絡先:		
①傷病名・主訴: <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 摂食機能障害 <input type="checkbox"/> インプラント前検査 <input type="checkbox"/> 上顎洞炎 <input type="checkbox"/> 根尖性歯周炎 <input type="checkbox"/> その他 ()			
②紹介目的: <input type="checkbox"/> 精査・治療 <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> その他 ()			
③CT検査:単純のみ 部位:(<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上・下顎 <input type="checkbox"/> その他:) 妊娠中・妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合、検査不可) 画像出力希望 <input type="checkbox"/> 1.25mm <input type="checkbox"/> 0.625mm <input type="checkbox"/> その他 (mm)			
④既往歴及び家族歴:			
⑤病状経過及び治療経過:			
⑥現在の処方:			